

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *CLOSE FRAKTUR*
INTERTROCHANTER FEMUR DEKSTRA
DI RUANG PAV. IV RS DARMO
SURABAYA**



Oleh :
OKTE CITRA INDIAWATI, S.Kep.
NIM. 213.0012

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *CLOSE FRAKTUR*
INTERTROCHANTER FEMUR DEKSTRA
DI RUANG PAV. IV RS DARMO
SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)



Oleh :
OKTE CITRA INDIAWATI, S.Kep.
NIM. 213.0012

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022

Penulis

TTD , Materai 10.000

Okte Citra Indiwati, S.Kep

NIM.213.0012

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Okte Citra Indiawati, S.Kep.

NIM : 213.0012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan *Close Fraktur Introchanter Femur dekstra* di
Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, Juli 2022

Pembimbing

Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03.017

Mengetahui,

**STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP.03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Okte Citra Indiawati, S.Kep.

NIM : 213.0012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan *Close Fraktur Introchanter Femur dekstra* di
Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1: Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03.017

Penguji 2: Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP.03020

Penguji 3: Sri Wahyu Wilujeng S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep
NIP. 197804132006042004

Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP.03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. Sulung Budiarto, selaku direktur Rumah Sakit Darmo Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji 1 dan Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Penguji 2 dan Pembimbing yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Sri Wahyu Wilujeng S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep selaku Penguji 2 dan Pembimbing ruangan yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh dengan nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga bagi seluruh tenaga administrasi yang dengan tulus ikhlas melayani kebutuhan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Kedua Orang tua, Suami dan Anak saya yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
10. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama memberikan dorongan semangat dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal

baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	ixi
DAFTAR GAMBAR.....	ixii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	13
1.1 Latar Belakang	13
1.2 Rumusan Masalah	15
1.3 Tujuan Penulisan.....	16
1.3.1 Tujuan Umum	16
1.3.2 Tujuan Khusus	16
1.4 Manfaat Penulisan.....	16
1.5 Metode Penulisan.....	18
1.6 Sistematika Penulisan.....	20
BAB 2 TINJAUAN TEORI	21
2.1 Anatomi dan Fisiologi Fraktur.....	21
2.2 Konsep Penyakit Fraktur	24
2.2.1 Definisi	24
2.2.2 Etiologi Fraktur	25
2.2.3 Klasifikasi Fraktur.....	26
2.2.5 Tanda Dan Gejala.....	32
2.2.6 Komplikasi.....	33
2.2.7 Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Fraktur	35
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang	36
2.2.9 Penyembuhan Tulang	37
2.2.10 Penatalaksanaan	40

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pasien dengan Fraktur Femur	41
2.3.1 Pengkajian	41
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	48
2.3.3 Intervensi Keperawatan	48
2.3.4 Implementasi Keperawatan	56
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	57
2.4 Kerangka Masalah Keperawatan	58
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	59
3.1 Pengkajian	59
3.1.1 Data Dasar	59
3.1.2 Pemeriksaan Fisik	61
3.1.3 Pengkajian Pola Kesehatan.....	64
3.1.4 Data Penunjang	69
3.1.5 Terapi Medis	72
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	74
3.3 Tujuan Keperawatan	76
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	77
BAB 4 PEMBAHASAN	81
4.1. Pengkajian Keperawatan	81
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	83
4.3 Intervensi Keperawatan	85
4.4 Implementasi Keperawatan	88
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	90
BAB 5 PENUTUP	92
5.1 Simpulan.....	92
5.2 Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium tgl 12-14 Oktober 2021	58
Tabel 3.2 Terapi Medis	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Femur Kanan	10
Gambar 2.2 Fraktur Femur	13
Gambar 2.3 Jenis Fraktur	16
Gambar 2.4 Klasifikasi Fraktur Femur	19
Gambar 2.5 Klasifikasi Kyle Untuk Fracture Intertrochanteric	20
Gambar 2.6 Klasifikasi Kyle Untuk Fracture Intertrochanteric	20
Gambar 2.7 Proses Penyembuhan	26
Gambar 3.1 X-ray pelvis AP pasien (12-10-2021).....	70
Gambar 3.2 X-ray Femur AP/LAT (12-10-2021).....	70
Gambar 3.3 X-ray Foto pelvis AP pasien post operasi (14-10-2021).....	71

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur atau patah tulang adalah kondisi dimana terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan secara sempurna atau sebagian yang disebabkan oleh rudapaksa atau osteoporosis (Smeltzer, 2018). Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik, kecelakaan, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Pratiwi, 2020). Fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan dan kecelakaan. Sedangkan pada orang tua, wanita lebih sering mengalami fraktur berhubungan dengan meningkatnya insiden osteoporosis yang terkait perubahan hormone pada menopause (Pratiwi, 2020). Masalah Keperawatan yang ditimbulkan dari *Close fraktur Intertrochanter femur dextra* selama perawatan di rumah sakit adalah nyeri akut, terganggunya mobilitas fisik, gangguan intergeritas kulit, resiko infeksi, cemas, bahkan gangguan istirahat tidur (Hermanto et al., 2020). Selain itu juga akibat dari prosedur pembedahan, pasien akan mengalami gangguan rasa nyaman dan nyeri, resiko perdarahan dan juga resiko infeksi (Hermanto et al., 2020).

Badan kesehatan dunia WHO tahun 2019 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 15juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono & Putra, 2018). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering

yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Platini et al., 2020). Fraktur yang terjadi di Jawa Timur pada 2 tahun 2016 sebanyak 1.422 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 2.065 jiwa, pada tahun 2018 sebanyak 3.390 jiwa yang mengalami kejadian fraktur (Riskedas 2018). Fraktur yang terjadi di RS Darmo Surabaya pada tahun 2020-2021 mencatat pasien yang mengalami fraktur ekstermitas bawah mencapai 2,1% diakibatkan karena jatuh dan kecelakaan lalu lintas.

Pada saat terjadi fraktur atau patah tulang, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruh dimana akan terjadi edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, rupture tendon, kerusakan saraf dan kerusakan pembuluh darah. Dampak dari fraktur ini dapat menyebabkan nyeri, terganggunya mobilitas fisik, selain itu dalam waktu panjang dapat mengakibatkan ansietas, karena fraktur yang tidak kunjung sembuh, sehingga dapat terjadi dilakukannya amputasi bagian tubuh tertentu, dan itu memungkinkan terkontaminasi oleh mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi (Platini et al., 2020). Nyeri juga mempengaruhi homeostatis tubuh yang akan menimbulkan stress, ketidaknyamanan akibat nyeri harus diatasi apabila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan proses penyembuhan dan dapat menyebabkan kematian (Setyorini et al., 2021). Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, personal hygiene, gangguan pemenuhan nutrisi (Hermanto et al., 2020). Proses penyembuhan fraktur yaitu klien membutuhkan perawatan yang intensif dan berkesinambungan terutama dalam

proses penyembuhan luka, serta penyatuan tulang. Perawatan yang tidak intensif dapat menimbulkan dampak yang fatal seperti kecacatan. Hal ini akan menimbulkan masalah baru bagi klien yaitu perubahan body image akibat kecacatan (Margianti et al., 2019).

Dalam hal ini perawat sangat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh dan memberikan pelayanan secara maksimal dalam penanganan pertama serta mengurangi perburukan pada kondisi pasien mulai dari pre operatif hingga post operatif . Selain itu perawat diharuskan mampu melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi keperawatan dan 4 berkolaborasi dengan dokter dan melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis (Undang Undang RI No.38 Tahun 2014). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik mengangkat karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn Y Dengan Diagnosis Medis *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Femur Intertrochanter Dekstra*, untuk itu penulis merumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Femur Intertrochanter Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya ?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan dengan *Close Fraktur Femur Intertrochanter Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya
2. Melakukan Analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnose keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra* di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra*.

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur dextra* sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan *Close Fraktur*

Intertrochanter Femur Dextra dirumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra*.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan pasien dengan *Close fraktur Intertrochanter femur dekstra*.

1. Teknik pengumpulan data

Karya Tulis Ilmiah ini mampu mendapatkan data yang akurat dari kondisi pasien. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan menanyakan atau melakukan tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien. Perawat

mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaannya, yang dapat diistilahkan sebagai teknik komunikasi terapeutik.

b. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

2. Sumber data

a. Data primer

Pasien adalah sumber data primer dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan pasien.

b. Data sekunder

Informasi ini dapat diperoleh dari anak pasien, istri dan teman pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lainnya.

c. Studi kepustakaan

Mempelajari tentang buku sumber, jurnal, artikel yang berhubungan dengan penyakit dan masalah keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra*

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi daftar gambar, daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab I : Pendahuluan yang terdiri dari dari latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra* .

Bab 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, dignosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

Bab 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, opini serta analisis pasien dengan *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dextra*.

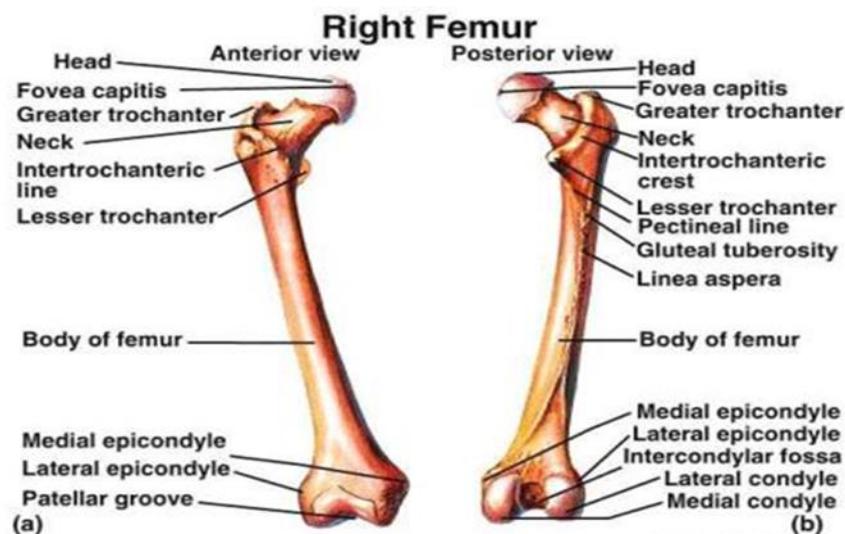
Bab 5 : Simpulan dan Saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi dan Fisiologi Fraktur Femur

Femur adalah tulang yang paling panjang dan paling berat di dalam tubuh manusia. Panjang tulang ini sepertiga tinggi badan seseorang manusia dan bisa menyokong berat sehingga 30 kali lipat berat tubuh badannya. Femur, sama halnya dengan tulang yang lainnya didalam tubuh, terdiri atas badan (*corpus*) dan dua ekstremitas. Ekstremitas atas (*proximal extremity*) terdiri dari kepala (*head/caput*), leher (*neck/collum*), *trochanter major* dan *trochanter minor* (Sumiyati et al., 2021).



Gambar 2.1 Femur kanan (Sumiyati et al., 2021)

1. *Caput Femoris*

Kepala dari femur yang membentuk lebih kepada bentuk dua pertiga *sphere*, diarahkan keatas, medial dan sedikit kedepan. Sebagian besar kecebungannya berada diatas dan di depan. Permukaan *caput femoris* licin karena dilapisi oleh kartilago bersendi, kecuali pada bagian

fovea capitis femoris, cekungan yang terletak sedikit bawah di *caput femoris*, yang merupakan tempat perlekatan ligamentum teres.

2. *Collum Femoris*

Collum femoris menghubungkan *caput femoris* dengan *corpus femur*. *Collum femoris* mendatar dari belakang *caput femoris*, mengecil di tengah, dan melebar ke arah lateral. Diameter bagian ini adalah kurang lebih tiga perempat dari *caput femoris*. Permukaan anterior dari *collum femoris* mempunyai banyak foramen pembuluh darah. Permukaan posterior licin, lebih lebar dan lebih konkaf dari bagian anterior. Di sini juga merupakan tempat perlekatan dari bagian posterior dari kapsul persendian pinggul, kurang lebih 1 cm diatas *intertrochanteric crest*. Batas superior pendek dan tebal dan berujung di lateral di *trochanter major*; permukaannya dilalui oleh foramen yang besar. Batas inferiornya panjang dan sempit, melengkung sedikit kebelakang ke arah ujung *trochanter minor*.

3. *Trochanter*

Trochanter adalah penonjolan yang merupakan tempat perlekatan bagi otot-otot yang berfungsi untuk memberi pergerakan memutar untuk femur. Terdapat dua *trochanter*; *trochanter major* dan *trochanter minor*. *Trochanter major* adalah prominensia (penonjolan) yang paling lateral dari femur, sedangkan *trochanter minor* pula adalah ekstensi dari bagian terendah dari *collum femoris* yang berbentuk kon. Kedua *trochanter* ini dihubungkan oleh *crista intertrochanteric* di bagian belakang dan *linea intertrochanteric* di bagian depan.

4. Vaskularisasi Femur Proksimal

Vaskularisasi femur berasal dari arteri *iliaka komunis* kanan dan kiri. Saat arteri ini memasuki daerah femur maka disebut sebagai arteri femoralis. Tiap -tiap arteri femoralis kanan dan kiri akan bercabang menjadi arteri profunda femoris, *ramiarteria sirkumfleksia femoris lateralis ascendens*, *rami arteria sirkumfleksia femoris lateralis descendens*, *arteri sirkumfleksia femoris medialis* dan *arteria perforantes*. Perpanjangan dari arteri femoralis akan membentuk arteri yang memperdarahi daerah genu dan ekstremitas inferior yang lebih distal. Aliran balik darah menuju jantung dari bagian femur dibawa oleh vena femoralis kanan dan kiri. Caput femur mendapat pasokan darah dari tiga sumber utama yaitu:

- a. Extracapsular arterial ring yaitu pembuluh darah yang melewati collum bersama dengan retinakula capsularis dan memasuki caput melalui foramina besar pada basis caput. Pembuluh darah ini berasal dari cabang-cabang arteri sirkumfleksia femoralis melalui anastomosis arteri krusiata dan arteri trokanterika. Pada orang dewasa merupakan sumber pasokan darah terpenting.
- b. Pembuluh darah dalam ligamentum teres yang memasuki caput melalui foramina kecil pada fovea. Pembuluh ini berasal dari cabang-cabang arteri obturatoria.
- c. Pembuluh darah yang melalui diafisis dari pembuluh darah femoralis nutrisia.

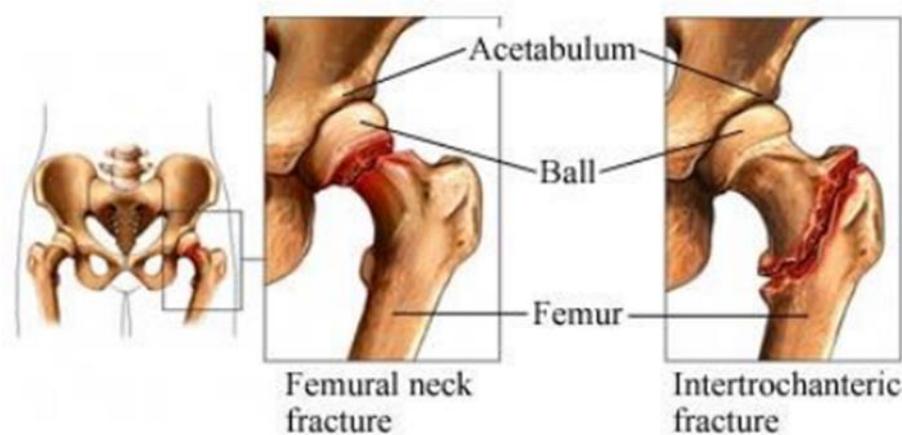
2.2 Konsep Penyakit Fraktur

2.2.1 Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang baik karena trauma, tekanan maupun kelainan patologis (Aditya Cahyo Bawono, 2021). Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Suparyadi et al., 2021). Patahan tersebut mungkin saja tidak lebih dari suatu retakan, biasanya patahan tersebut lengkap dan fragmen tulangnya bergeser. Jika patahan tulang tersebut tidak menembus kulit, hal ini disebut fraktur tertutup, sedangkan jika patahan tersebut menembus kulit, maka disebut fraktur terbuka (Ahmad et al., 2020).

Fraktur femur atau patah tulang paha adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot dan kondisi tertentu seperti degenerasi tulang atau osteoporosis (Noor, 2016).

Fraktur intertrochanter femur adalah terputusnya kontinuitas tulang pada area diantara trochanter mayor dan trochanter minor yang bersifat ekstrakapsular (Noor, 2016)



Gambar 2.2 Fraktur Femur (Noor, 2016)

2.2.2 Etiologi Fraktur

1. Trauma Sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan otot yang tiba-tiba dan berlebihan.
 - a. Pemuntiran, atau penarikan, benturan pada tulang dan mengakibatkan fraktur pada tempat tersebut. Bila terkena kekuatan langsung, tulang dapat patah pada tempat yang terkena; jaringan lunak juga pasti rusak Trauma langsung: dapat berupa pemukulan, penghancuran, penekukan,
 - b. Trauma tidak langsung : Bila terkena kekuatan tak langsung, tulang dapat mengalami fraktur pada tempat yang jauh dari tempat yang terkena kekuatan itu, kerusakan jaringan lunak di tempat fraktur mungkin tidak ada Trauma muskuloskeletal yang bisa menjadi fraktur dapat dibagi menjadi trauma langsung dan tidak langsung (Noor, 2016)
2. Kompresi

Retak dapat terjadi pada tulang, sama halnya seperti pada logam dan benda lain, akibat tekanan berulang-ulang. Keadaan ini paling sering ditemukan pada tibia atau fibula atau metatarsal, terutama pada atlet, penari, dan calon tentara yang jalan berbaris dalam jarak jauh.

 - a. *Compression force*: klien yang melompat dari tempat ketinggian dapat mengakibatkan fraktur kompresi tulang belakang.
 - b. Muscle (otot): akibat injuri/sakit terjadi regangan otot yang kuat sehingga dapat menyebabkan fraktur (misal; elektrik shock dan tetani)
3. Patologik.

Fraktur dapat terjadi karena tekanan yang normal apabila tulang itu lemah (misalnya oleh tumor) atau apabila tulang itu sangat rapuh (misalnya pada penyakit paget). Proses penyakit: kanker dan riketsia

2.2.3 Klasifikasi Fraktur

1. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur dapat dibagi dalam klasifikasi penyebab, klasifikasi jenis, klasifikasi klinis, dan klasifikasi radiologis (Noor, 2016)

2. Klasifikasi Penyebab

a. Fraktur Traumatik

Disebabkan oleh trauma yang tiba-tiba mengenai tulang dengan kekuatan yang besar. Tulang tidak mampu menahan trauma tersebut sehingga terjadi fraktur.

b. Fraktur Patologis

Disebabkan oleh kelemahan tulang sebelumnya akibat kelainan patologis di dalam tulang. Fraktur patologis terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah karena tumor atau proses patologis lainnya tulang sering kali menunjukkan penurunan densitas.

c. Fraktur Stres

Disebabkan oleh trauma yang terus-menerus pada suatu tempat tertentu.

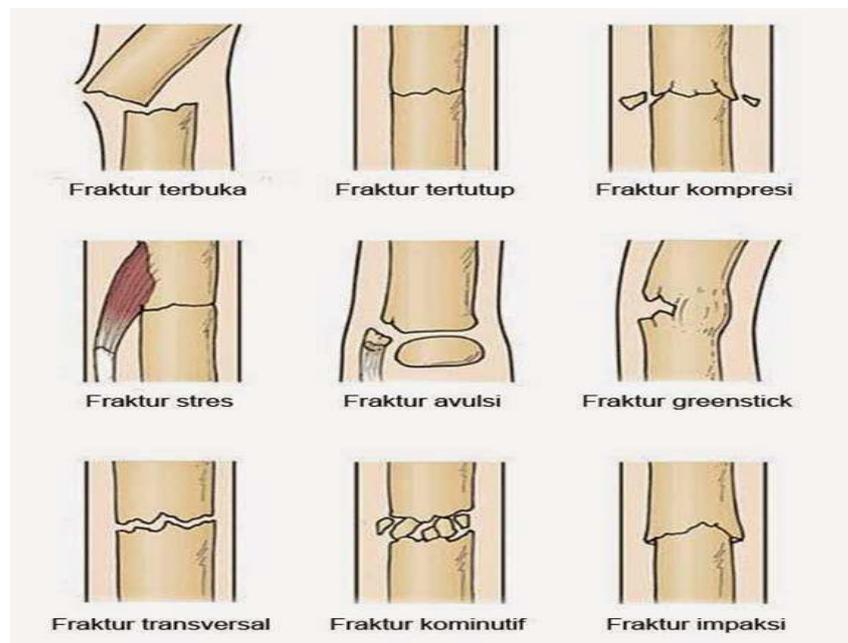
3. Klasifikasi Jenis Fraktur

Klasifikasi jenis fraktur dapat dilihat pada gambar 2.1 berbagai jenis fraktur tersebut adalah sebagai berikut (Noor, 2016):

a. Fraktur terbuka

b. Fraktur tertutup

- c. Fraktur kompresi
- d. Fraktur stress
- e. Fraktur avulsi
- f. *Greenstick Fracture* (fraktur lentur atau salah satu tulang patah sedang sisi lainnya membengkok).
- g. Fraktur transversal
- h. Fraktur kominutif (tulang pecah menjadi beberapa fragmen).
- i. Fraktur impaksi (sebagian fragmen tulang masuk ke dalam tulang lainnya)



Gambar 2.3 Jenis Fraktur (Noor, 2016)

4. Klasifikasi Klinis

Secara umum keadaan patah tulang secara klinis dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Noor, 2016)

a. Fraktur tertutup (*close fracture*)

Fraktur tertutup adalah fraktur dimana kulit tidak ditembus oleh fragmen tulang sehingga lokasi fraktur tidak tercemar oleh lingkungan atau tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.

b. Fraktur terbuka (*open fracture*)

Fraktur terbuka adalah fraktur yang mempunyai hubungan dengan dunia luar melalui luka pada kulit dan jaringan lunak, dapat berbentuk dari dalam (*from within*) atau dari luar (*from without*).

c. Fraktur dengan komplikasi (*complicated fracture*)

Fraktur dengan komplikasi adalah fraktur yang disertai dengan komplikasi misalnya *mal-union*, *delayed union*, *non-union*, serta infeksi tulang.

5. Klasifikasi Radiologis

Klasifikasi fraktur berdasarkan penilaian radiologis yaitu penilaian lokalisasi/letak fraktur, meliputi: diafisal, metafisal, intraarticular, dan fraktur dengan dislokasi. Estimasi penilaian pada konfigurasi atau sudut patah dari suatu fraktur dapat dibedakan sebagai berikut (Noor, 2016):

a. Fraktur Transversal

Fraktur transversal adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang.

b. Fraktur Kuminutif

Fraktur kuminutif adalah serpihan-serpihan atau terputusnya keutuhan jaringan dimana terdapat lebih dari dua fragmen tulang

c. Fraktur Oblik

Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang. Fraktur ini tidak stabil dan sulit diperbaiki.

d. Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya.

e. Fraktur Impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kompresi. Fraktur kompresi terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang yang berada diantaranya, seperti satu vertebra dengan dua vertebra lainnya (sering disebut dengan dua vertebra ini dapat didiagnosis dengan radiogram. Pandangan lateral dari tulang punggung menunjukkan pengurangan tinggi vertikal dan sedikit membentuk sudut pada satu atau beberapa vertebra.

f. Fraktur Spiral

Fraktur spiral timbul akibat torsi pada ekstremitas. Fraktur-fraktur ini khas pada cedera terputar sampai tulang patah.

6. Klasifikasi Fraktur femur

Ada 2 tipe fraktur femur, yaitu :

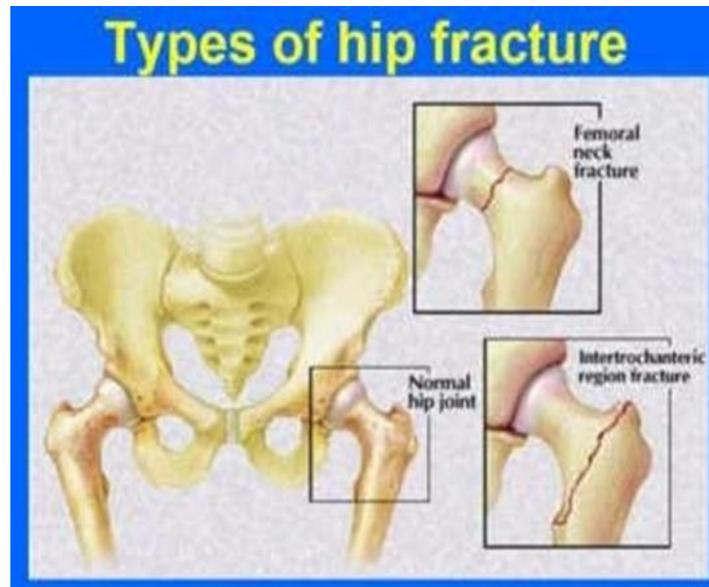
a. Fraktur intrakapsuler

Terjadi didalam tulang sendi, panggul dan kapsula, Melalui kepala femur, Hanya dibawah kepala femur, Melalui leher dari femur

b. Fraktur ekstrakapsuler

Terjadi diluar sendi dan kapsul, melalui trochanter femur yang lebih besar atau

yang lebih kecil atau pada daerah intertrochanter. Terjadi dibagian distal menuju leher femur tetapi tidak lebih dari 2 inci dibawah trochanter kecil.



Gambar 2.4 Klasifikasi Fraktur Femur (Sumiyati et al., 2021)

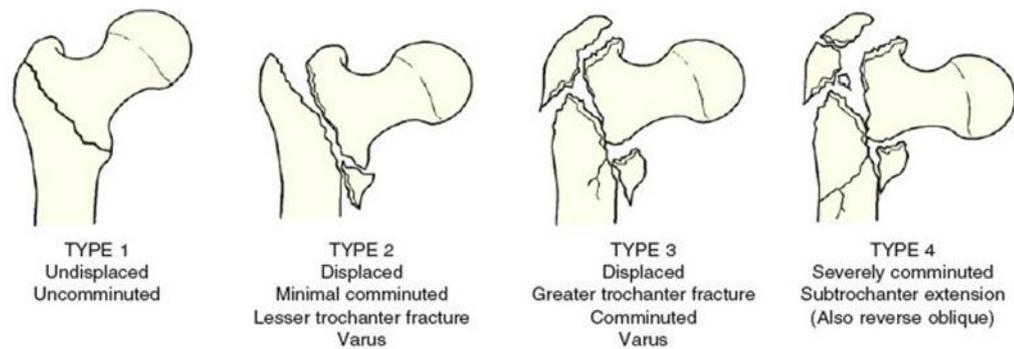
Klasifikasi untuk intertrochanter adalah berdasarkan stabilitas dari pola fraktur, yaitu fraktur stabil (pola fraktur oblik standar) dan fraktur tidak stabil (pola fraktur oblik reverse). Fraktur intertrochanter Pada fracture ini, garis fracture melintang dari trochanter mayor ke trochanter minor. Tidak seperti fracture intracapsular, salah satu tipe fracture extracapsular ini dapat menyatu dengan lebih baik. Resiko untuk terjadinya komplikasi non-union dan nekrosis avaskular sangat kecil jika dibandingkan dengan resiko pada fracture intracapsular. Fracture dapat terjadi akibat trauma langsung pada trochanter mayor atau akibat trauma tidak langsung yang menyebabkan twisting pada daerah tersebut.

Berdasarkan klasifikasi Kyle (1994), fracture intertrochanteric dapat dibagi menjadi 4 tipe menurut kestabilan fragmen-fragmen tulangnya. Fracture dikatakan tidak stabil jika:

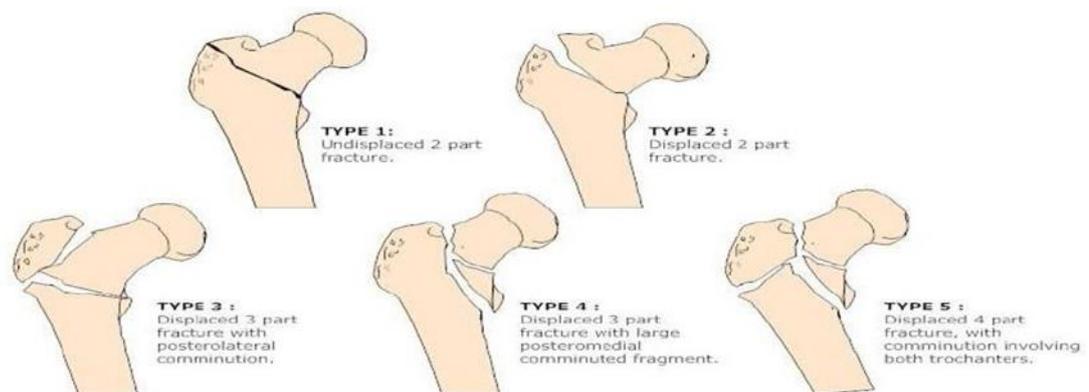
- a. Hubungan antarfragmen tulang kurang baik.

b. Terjadi force yang berlangsung terus menerus yang menyebabkan displaced tulang menjadi semakin parah.

c. Fracture disertai atau disebabkan oleh adanya osteoporosis.



Gambar 2.5 Klasifikasi Kyle Untuk Fracture Intertrochanteric (Platini et al., 2020)



Gambar 2.6 Klasifikasi Evan Untuk Fracture Intertrochanteric (Platini et al., 2020)

2.2.4 Patofisiologi

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan. Tapi apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, marrow, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Perdarahan terjadi karena kerusakan tersebut dan

terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Jaringan tulang segera berdekatan ke bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis ini menstimulasi terjadinya respon inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma dan leukosit, dan infiltrasi sel darah putih. Kejadian inilah yang merupakan dasar dari proses penyembuhan tulang nantinya.

2.2.5 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala fraktur Manifestasi klinis fraktur menurut (Smelzter & Bare,2012) dalam (Noor, 2016) yaitu:

- a. Nyeri terus-menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerak luar biasa) bukannya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen tulang pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
- d. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal terjadi sebagai akibat trauma dari pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru bisa terjadi setelah

beberapa jam atau hari setelah cedera

2.2.6 Komplikasi

Menurut (Elizabeth J. Corwin, 2009) dalam (Suriya et al., 2019)

1. Komplikasi Awal

- a. Kerusakan Arteri Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.
- b. Kompartement Syndrom Komplikasi ini terjadi saat peningkatan tekanan jaringan dalam ruang tertutup di otot, yang sering berhubungan dengan akumulasi cairan sehingga menyebabkan hambatan aliran darah yang berat dan berikutnya menyebabkan kerusakan pada otot. Gejala – gejalanya mencakup rasa sakit karena ketidakseimbangan pada luka, rasa sakit yang berhubungan dengan tekanan yang berlebihan pada kompartemen, rasa sakit dengan perenggangan pasif pada otot yang terlibat, dan paresthesia. Komplikasi ini terjadi lebih sering pada fraktur tulang kering (tibia) dan tulang hasta (radius atau ulna).
- c. Fat Embolism Syndrom Merupakan keadaan pulmonari akut dan dapat menyebabkan kondisi fatal. Hal ini terjadi ketika gelembung – gelembung lemak terlepas dari sumsum tulang dan mengelilingi jaringan yang rusak. Gelombang lemak ini akan melewati sirkulasi dan dapat menyebabkan oklusi pada pembuluh pembuluh darah pulmonary yang menyebabkan sukar bernafas. Gejala dari sindrom emboli lemak

mencakup dyspnea, perubahan dalam status mental (gaduh, gelisah, marah, bingung, stupor), tachycardia, demam, ruam kulit petechie.

- d. Infeksi System pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.
- e. Avaskuler Nekrosis Avaskuler Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia. Nekrosis avaskular dapat terjadi saat suplai darah ke tulang kurang baik. Hal ini paling sering mengenai fraktur intrascapular femur (yaitu kepala dan leher), saat kepala femur berputar atau keluar dari sendi dan menghalangi suplai darah. Karena nekrosis avaskular mencakup proses yang terjadi dalam periode waktu yang lama, pasien mungkin tidak akan merasakan gejalanya sampai dia keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, edukasi pada pasien merupakan hal yang penting. Perawat harus menyuruh pasien supaya melaporkan nyeri yang bersifat intermiten atau nyeri yang menetap pada saat menahan beban.
- f. Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.
- f. Osteomyelitis Adalah infeksi dari jaringan tulang yang mencakup sumsum dan korteks tulang dapat berupa exogenous (infeksi masuk dari

luar tubuh) atau hematogenous (infeksi yang berasal dari dalam tubuh). Patogen dapat masuk melalui luka fraktur terbuka, luka tembus, atau selama operasi. Luka tembak, fraktur tulang panjang, fraktur terbuka yang terlihat tulangnya, luka amputasi karena trauma dan fraktur – fraktur dengan sindrom kompartemen atau luka vaskular memiliki risiko osteomyelitis yang lebih besar

- g. Komplikasi Dalam Waktu Lama
- a. Delayed Union (Penyatuan tertunda)
Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.
 - b. Non union (tak menyatu)
Penyatuan tulang tidak terjadi, cacat diisi oleh jaringan fibrosa. Kadangkadang dapat terbentuk sendi palsu pada tempat ini. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan non union adalah tidak adanya imobilisasi, interposisi jaringan lunak, pemisahan lebar dari fragmen contohnya patella dan fraktur yang bersifat patologis.
 - c. Malunion
Kelainan penyatuan tulang karena penyerasian yang buruk menimbulkan deformitas, angulasi atau pergeseran.

2.2.7 Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Fraktur

Faktor yang menyebabkan yang mempengaruhi fraktur (Platini et al., 2020)

1. Faktor Ekstrinsik

Adanya tekanan di luar yang bereaksi pada tulang yang tergantung terhadap besar, waktu, dan arah tekanan yang dapat menyebabkan fraktur (Platini et al., 2020)

2. Faktor Intrinsik

Beberapa sifat yang terpenting dari tulang yang menentukan daya tahan untuk timbulnya fraktur seperti kapasitas absorpsi dari tekanan, elastisitas, kelelahan, dan kepadatan atau kekerasan tulang (Platini et al., 2020)

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Untuk mendiagnosis fraktur, diperlukan adanya anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang, sebagai berikut:

1. Anamnesis

Biasanya terdapat riwayat cedera (bagaimana proses cederanya), diikuti dengan ketidakmampuan menggunakan tungkai yang mengalami cedera. Setelah jatuh tidak dapat berdiri, kaki lebih pendek dan lebih berotasi keluar dibandingkan pada fraktur collum (karena fraktur bersifat ekstrakapsular) dan pasien tidak dapat mengangkat kakinya.

2. Pemeriksaan Fisik

Sedangkan tanda-tanda lokal pada fraktur akan didapatkan, antara lain:

a. Penampilan (look)

Pembengkakan, memar, deformitas mungkin terlihat jelas, tetapi hal yang penting adalah apakah kulit itu terlihat utuh atau tidak

b. Rasa (feel)

Terdapat nyeri tekan setempat, tetapi perlu juga memeriksa bagian distal dari fraktur untuk merasakan nadi dan menguji sensasi

c. Gerakan (movement)

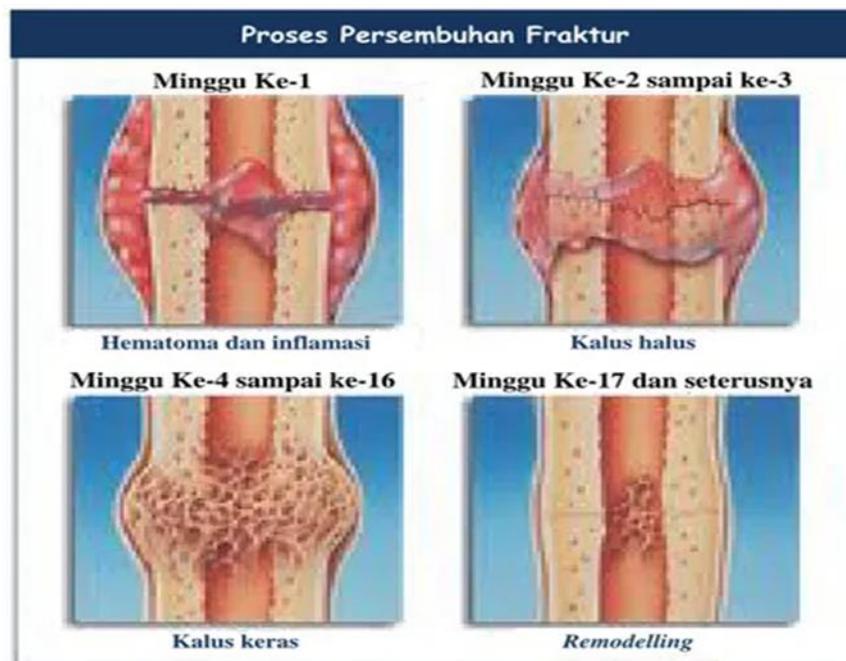
Krepitus dan abnormal dapat ditemukan, tetapi lebih penting untuk menanyakan apakah pasien dapat menggerakkan sendi-sendi di bagian distal cedera. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan radiologi pada panggul meliputi foto polos pelvis secara anteroposterior (AP) dan area yang terkena cedera, dan dapat pula foto panggul secara lateral view. Pada beberapa kasus, CT scan mungkin diperlukan untuk menentukan lokasi/luasnya fraktur/ trauma. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multiple). Peningkatan jumlah SDP adalah respons stress normal setelah trauma

2.2.9 Penyembuhan Tulang

Ketika mengalami cedera fragmen, tulang hanya ditambal dengan jaringan parut, tetapi juga akan mengalami regenerasi secara bertahap. Adanya tahapan dalam penyembuhan tulang.



Gambar 2.7 Proses Penyembuhan Fraktur (Noor, 2016)

1. Fase 1 : Inflamasi

Respons tubuh pada saat mengalami fraktur sama dengan respons apabila ada cedera di bagian tubuh lain. Terjadi perdarahan pada jaringan yang cedera dan pembentukan hematoma pada lokasi fraktur. Ujung fragmen tulang mengalami devitalisasi karena terputusnya pasokan darah. Tempat cedera kemudian akan diinvasi oleh makrofag (sel darah putih besar) yang akan membersihkan daerah tersebut dari zat asing. Pada saat ini terjadi inflamasi, pembengkakan, dan nyeri. Tahap inflamasi berlangsung beberapa hari dan hilang dengan berkurangnya pembengkakan nyeri.

2. Fase 2 : Proliferasi sel

Dalam sekitar lima hari, hematoma akan mengalami organisasi. Terbentuk benang-benang fibrin pada darah dan membentuk jaringan untuk revaskularisasi, serta invasi fibroblas dan osteoblas. Fibroblas dan osteoblas (berkembang dari osteosis, sel endotel, dan sel periosteum) akan menghasilkan kolagen dan proteoglikan sebagai matriks kolagen pada patahan tulang. Terbentuknya jaringan ikat fibrus dan tulang rawan (osteoid). Dari periosteum tampak pertumbuhan melingkar. Kalus tulang rawan tersebut dirangsang oleh gerakan mikro minimal pada tempat patah tulang. Namun, gerakan yang berlebihan akan merusak struktur kalus. Tulang yang sedang aktif tumbuh menunjukkan potensial elektronegatif.

3. Fase 3 : Pembentukan dan penulangan kalus (osifikasi)

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah terhubung. Fragmen patahan tulang digabungkan dengan jaringan fibrasi, tulang rawan, dan serat tulang imatur. Bentuk kalus dan volume yang dibutuhkan untuk

menghubungkan defek secara langsung berhubungan dengan jumlah kerusakan dan pergeseran tulang. Perlu waktu tiga sampai empat minggu agar fragmen tulang tergabung dalam tulang rawan atau jaringan fibrus. Secara klinis, fragmen tulang tak bisa lagi digerakkan. Pembentukan kalus mulai mengalami penulangan dalam dua sampai 3 minggu patah tulang melalui proses penulangan endokondrial. Mineral terus menerus ditimbun sampai tulang benar-benar bersatu dengan keras. Permukaan kalus tetap bersifat elektronegatif. Pada patah tulang panjang orang dewasa normal, penulangan memerlukan waktu tiga sampai empat bulan.

4. Fase 4 : Remodeling menjadi tulang dewasa.

Tahap akhir perbaikan patah tulang meliputi pengambilan jaringan mati reorganisasi tulang baru ke susunan struktur sebelumnya. Remodeling memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun bergantung pada beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan, fungsi tulang, dan stres fungsional pada tulang (pada kasus yang melibatkan tulang kompak dan konselus). Tulang konselus mengalami penyembuhan dan remodeling lebih cepat dari pada tulang kortikal kompak, khususnya pada titik kontak langsung. Ketika remodeling telah sempurna, muatan permukaan patah tulang tidak lagi negatif. Proses penyembuhan tulang dapat dipantau dengan pemeriksaan sinar X. Imobilisasi harus memadai sampai tanda-tanda adanya kalus tampak pada gambaran sinar X. Kemajuan program terapi (dalam hal ini pemasangan gips pada pasien yang mengalami patah tulang femur telah ditinggalkan dan dimobilisasi dengan traksi skelet) ditentukan dengan adanya bukti penyembuhan

patah tulang.

2.2.10 Penatalaksanaan

Menurut (Hermanto et al., 2020) prinsip terapi fraktur yaitu :

1. Reduksi Adalah pemulihan keselarasan anatomi bagi tulang fraktur. Reposisi memerlukan pemulihan panjang serta koreksi deformitas angular dan rotasional. Reposisi manipulatif biasanya dapat dilakukan pada fraktura ekstremitas distal (tangan, pergelangan tangan, kaki, tungkai), dimana spasme otot tidak berlebihan. Traksi bisa diberikan dengan plester felt melekat diatas kulit atau dengan memasang pin tranversal melalui tulang, distal terhadap fraktur. Reduksi terbuka biasanya disertai oleh sejumlah bentuk fiksasi interna dengan plat & pin, batang atau sekrup. Ada dua jenis reposisi, yaitu reposisi tertutup dan reposisi terbuka. Reposisi tertutup dilakukan pada fraktur dengan pemendekan, angulasi atau displaced. Biasanya dilakukan dengan anestesi lokal dan pemberian analgesik. Selanjutnya diimobilisasi dengan gips. Bila gagal maka lakukan reposisi terbuka dikamar operasi dengan anestesi umum. Kontra indikasi reposisi tertutup: Jika dilakukan reposisi namun tidak dapat dievaluasi, Jika reposisi sangat tidak mungkin dilakukan, Jika fraktur terjadi karena kekuatan traksi, misalnya displaced patellar fracture.

2. Imobilisasi.

Bila reposisi telah dicapai, maka diperlukan imobilisasi tempat fraktur sampai timbul penyembuhan yang mencukupi. Kebanyakan fraktur ekstremitas dapat diimobilisasi dengan dengan gips fiberglas atau dengan brace yang tersedia secara komersial. Pemasangan gips yang tidak tepat bisa menimbulkan tekanan kulit, vascular, atau saraf. Semua pasien fraktur diperiksa hari

berikutnya untuk menilai neurology dan vascular. Bila traksi digunakan untuk reduksi, maka traksi juga bertindak sebagai imobilisasi dengan ekstremitas disokong di atas ranjang atau di atas bidai sampai reduksi tercapai. Kemudian traksi diteruskan sampai ada penyembuhan yang mencukupi, sehingga pasien dapat dipindahkan memakai gips/brace.

3. Rehabilitasi Bila penyatuan tulang padat terjadi, maka rehabilitasi terutama merupakan masalah pemulihan jaringan lunak. Kapsula sendi, otot dan ligamentum berkontraksi membatasi gerakan sendi sewaktu gips/bidai dilepaskan. Dianjurkan terapi fisik untuk pergerakan aktif dan pasif serta penguatan otot.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pasien dengan Fraktur Femur

Asuhan keperawatan diawali dengan mencari data dasar yang akurat berupa hasil pengkajian. Setelah pengkajian maka ditegakkan diagnosa keperawatan lalu menyusun rencana tindakan (intervensi) sebagai panduan dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi). Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Dinarti & Mulyanti, 2017)

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (Pada umumnya fraktur terjadi pada laki-laki dengan usia 20 ± 40 tahun rentan terjadi fraktur). Pada penderita fraktur, umur menjadi pengaruh dalam proses penyembuhan fraktur, akan semakin lama karena saat usia tua tulang tidak bergenerasi lagi. Pekerjaan juga menjadi

pengaruh utama pada fraktur mengingat fraktur paling sering disebabkan karena kecelakaan), alamat, pekerjaan, tanggal dan jam Pengkajian, nomor register, diagnosa medis (Krisdiyana, 2019)

2. Riwayat Keperawatan

1) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan utama pada kasus post operative fracture adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut terjadi karena pemasangan traksi / tindakan pembedahan (Asikin & Nasir, 2016).

2) Riwayat Penyakit

Pada klien fraktur / patah tulang nyeri dapat disebabkan karena tindakan pembedahan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien yaitu dengan pengkajian PQRST (Krisdiyana, 2019) :

- a. Provoking Incident : Faktor nyeri yaitu akibat tindakan pembedahan.
- b. Quality of Pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah nyerinya seperti terbakar, berdenyut atau menusuk.
- c. Region : Apakah nyeri menjalar atau menyebar, dan seberapa jauh penyebarannya, dan samapi dimana rasa sakit terjadi.
- d. Severity (Scale) of Pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien,
- e. Time : kapan nyeri itu timbul, dan berapa lama nyeri berlangsung,

apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

Skala tipe nyeri dapat diukur dengan menggunakan skala nyeri 1-10 yaitu, 10 : Nyeri sangat berat, 6-8 : Tipe nyeri berat, 3-6: Tipe nyeri sedang, 1-3 : Tipe nyeri ringan. Sedangkan skala intensitas nyeri sebagai berikut, 0 : Tidak ada nyeri, 1 : Nyeri seperti gatal, tersetrum atau nyut ± nyutan, 2 : Nyeri seperti melilit atau terpukul, 3 : Nyeri seperti perih atau mules, 4 : Nyeri seperti kram dan kaku, 5 : Nyeri seperti tertekan atau bergerak, 6 : Nyeri seperti terbakar atau ditusuk, 7-9 : Sangat nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktifitas, 10: Sangat dan tidak dapat di kontrol oleh klien (Asikin & Nasir, 2016).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien fraktur atau patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis atau tidak sebelumnya (Dinarti & Mulyanti, 2017).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada keluarga klien ada atau tidak yang menderita osteoporosis, Arthritis, tuberkolosis, DM, Hipertensi atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular (Dinarti & Mulyanti, 2017).

5) Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau

pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat (Dinarti & Mulyanti, 2017).

3. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum dan Tanda – Tanda Vital Adanya fraktur atau patah tulang dan kelemahan; suhu tubuh tinggi; nadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba (Krisdiyana, 2019).

2) Sistem Tubuh

a. B1 (Bright / penafasan)

Inspeksi : Tidak ada perubahan yang menonjol seperti bentuk dada ada tidaknya sesak nafas, pernafasan cuping hidung, dan pengembangan paru antara kanan dan kiri simetris. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gerakan vokal fremitus antara kanan dan kiri sama. Perkusi : Bunyi paru resonan. Auskultasi : Suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi (Brunner dan Suddarth, 2014).

b. B2 (Blood / sirkulasi)

Inspeksi : Kulit dan membran mukosa pucat. Palpasi : Tidak ada peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, tidak ada peningkatan JVP, CRT menurun >3detik Perkusi : Bunyi jantung pekak. Auskultasi: Tekanan darah normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), bunyi jantung I dan II terdengar lupdup tidak ada suara tambahan seperti mur mur atau gallop (Brunner dan Suddarth, 2014).

c. B3 (Brain / persyarafan, otak)

Inspeksi : Mengkaji kesadaran dengan nilai GCS, tidak ada kejang, tidak ada kelainan nervus cranialis. Palpasi : Tidak ada nyeri kepala (Brunner dan Suddarth, 2014).

d. B4 (Bladder / perkemihan)

Inspeksi : Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 x/hari. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih (Wijaya, 2013).

e. B5 (Bowel)

Inspeksi : Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, keadaan abdomen normal tidak asites. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau massa pada abdomen. Perkusi : Normal suara tympani. Auskultasi : Peristaltik normal. (Wijaya & Putri, 2013).

f. B6 (Musculoskeletal)

Inspeksi : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan dari post operative closed fracture humerus sinistra sehingga kebutuhan perluh dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari, mandi, BAB, BAK dilakukan diatas tempat tidur. Pada area luka beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban atau dibalut. Tidak ada perubahan yang menonjol pada sistem integumen seperti warna kulit, adanya jaringan parut atau lesi, adanya perdarahan, adanya pembengkakan, tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor. Palpasi : Adanya nyeri, kekuatan otot pada area fraktur akan mengalami perubahan akibat kerusakan rangka

neuromuscular serta mengalami deformitas pada daerah trauma (Wijaya & Putri, 2013).

4. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakpuasan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, dan apakah pasien berolahraga atau tidak (Nurhalimah, 2017).

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan (Asikin & Nasir, 2016).

3) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur (Muttaqin, 2013).

4) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap (Helmi, 2014).

5) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakmampuan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah (Helmi, 2014).

6) Pola Sensori dan kognitif

Pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan (Helmi, 2014).

7) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien (Helmi, 2014).

5. Data Penunjang

- 1) Laboratorium : Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui, Hemoglobin, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju endap darah (LED) meningkat
- 2) Radiologi : X Ray dapat dilihat gambaran fraktur, deformitas dan metalikment.
- 3) CT Scan : untuk mendeteksi struktur fraktur yang kompleks
- 4) Rontgen : yaitu untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur
- 5) *MRI* : yaitu memperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak (Smeltzer, 2018).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Ekaputri & Fithriyani, 2021)

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam fraktur introchanter (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma)
2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
7. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pembedahan
8. Risiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2016)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
 - a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) keluhan nyeri menurun. 2) gelisah menurun. 3) sikap protektif menurun. 4) kesulitan tidur menurun. 5) frekuensi nadi membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Nyeri

Sumber Rasional (Mediarti et al., 2016).

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.

Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (Mediarti et al., 2016)

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: mengetahui tingkatan nyeri

- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional: mengetahui respon nyeri

- 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik

- 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien

- 6) Fasilitasi Istirahat dan tidur

Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami

- 7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri

- 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis

Rasional: mengurangi rasa nyeri

- 9) Kolaborasi pemberian analgesik

Rasional: untuk pengobatan atasi nyeri

2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

- a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Status Kenyamanan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1) keluhan tidak nyaman menurun. 2) gelisah menurun. 3) pola tidur membaik.

- b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Terapi Relaksasi

Sumber Rasional (Helmi, 2014)

- 1) Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan

Rasional: mengetahui teknik relaksasi yang tepat

- 2) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

Rasional: memonitor keberhasilan teknik relaksasi

- 3) Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman

Rasional: memberikan status kenyamanan lebih baik

- 4) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia

Rasional: memberikan pengetahuan agar mengoptimalkan tindakan

- 5) Anjurkan mengambil posisi nyaman

Rasional: memberikan kenyamanan

- 6) Anjurkan rileks dan merasakan relaksasi

Rasional: memberikan kenyamanan

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Mobilitas fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) peregrakan ekstermitas membaik. 2) kekuatan otot meningkat. 3) rentang gerak meingkat.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Dukungan Ambulasi

Sumber Rasional (Gunawan, 2016)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
Rasional: mengetahui keluhan fisik yang dialami
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
Rasional: mengetahui batasan dalam melakukan latihan rom
- 3) Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
- 4) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi
Rasional: diharapkan keluarga dapat membantu dalam melakukan aktifitas
- 6) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Rasional: memberikan infoemasi prosedur latihan

- 7) Anjurkan melakukan ambulasi dini
Rasional: untuk meningkatkan kekuatan otot dan mencegah dekubitus
 - 8) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
Rasional: memberikan kemudahan dalam latihan ambulasi
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
- a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)
Luaran utama : Integritas kulit dan jaringan
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : 1) kerusakan lapisan kulit menurun. 2) nyeri menurun. 3) tekstur kulit membaik.
 - b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Intervensi utama : Perawatan Luka
Sumber Rasional : (Krisdiyana, 2019)
 - 1) Monitor karakteristik luka (mis drainse, warna, ukuran, bau)
Rasional: mengetahui karakteristik luka
 - 2) Monitor tanda-tanda infeksi
Rasional: mencegah infeksi
 - 3) Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
Rasional: mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan
 - 4) Pasang balutan sesuai jenis luka
Rasional: mencegah infeksi
 - 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
Rasional: mencegah infeksi

6) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Rasional: mencegah infeksi

7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: mengetahui tanda-tanda infeksi

8) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

Rasional: mempercepat penyembuhan

9) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Rasional: mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan

10) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: untuk pengobatan dan mempercepat kesembuhan

5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Ansietas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1) perilaku gelisah menurun. 2) perilaku tegang menurun. 3) konsentrasi membaik, 4) pola tidur membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Reduksi Ansietas

Sumber Rasional (Nurhalimah, 2017)

1) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

Rasional: mengetahui sejauh mana tingkat ansietasnya

2) Monitor tanda-tanda ansietas

Rasional: mencegah ansietas berkelanjutan

3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional: memberikan rasa nyaman dan saling percaya

- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: menghargai dan meningkatkan rasa saling percaya

- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional: memberikan rasa ketenangan

- 6) Jelaskan prosedur tindakan

Rasional: menurunkan tingkat ansietas

- 7) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

Rasional: menurunkan tingkat ansietas

- 8) Latih kegiatan pengalihan dan teknik relaksasi

Rasional: mengurangi ketegangan

6. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pembedahan

- a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1) demam menurun 2) kemerahan menurun 3) nyeri menurun, 4) bengkak menurun, 5) hasil lab membaik.

- b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Pencegahan Infeksi

Sumber Rasional (Inawati, 2014)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: mengetahui tanda gejala infeksi

- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: mencegah infeksi

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien

Rasional: mencegah infeksi

- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: meminimalisir terjadinya infeksi

- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: meminimalisir terjadinya infeksi

- 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: mencegah infeksi

- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional: mempercepat kesembuhan dan mencegah infeksi

7. Risiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan

a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Perdarahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : 1) kelembapan membran mukosa meningkat, 2) hemoptisis menurun 3) hematemesis menurun, 4) hematuria menurun, 5) hemoglobin dan hematokrit membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Pencegahan Perdarahan

Sumber Rasional (Helmi, 2014)

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan

Rasional: mengetahui keadaan umum pasien

- 2) Monitor nilai hematokrit atau hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
Rasional: mengetahui hasil hematokrit dan hemoglobin dalam rentang normal
- 3) Batasi tindakan invasif
Rasional: mencegah terjadinya perdarahan
- 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
Rasional: menghindari perdarahan berkelanjutan
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan Vit K
Rasional:: mencegah terjadinya perdarahan
- 6) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
Rasional: mencegah terjadinya perdarahan

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2016).

Pelaksanaan rencana keperawatan merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan, namun tidak menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien. Pedoman implementasi keperawatan menurut (Ekaputri & Fithriyani, 2021) sebagai berikut: 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai. 3) Keamanan fisik dan psikologis pasien

dilindungi. 4) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

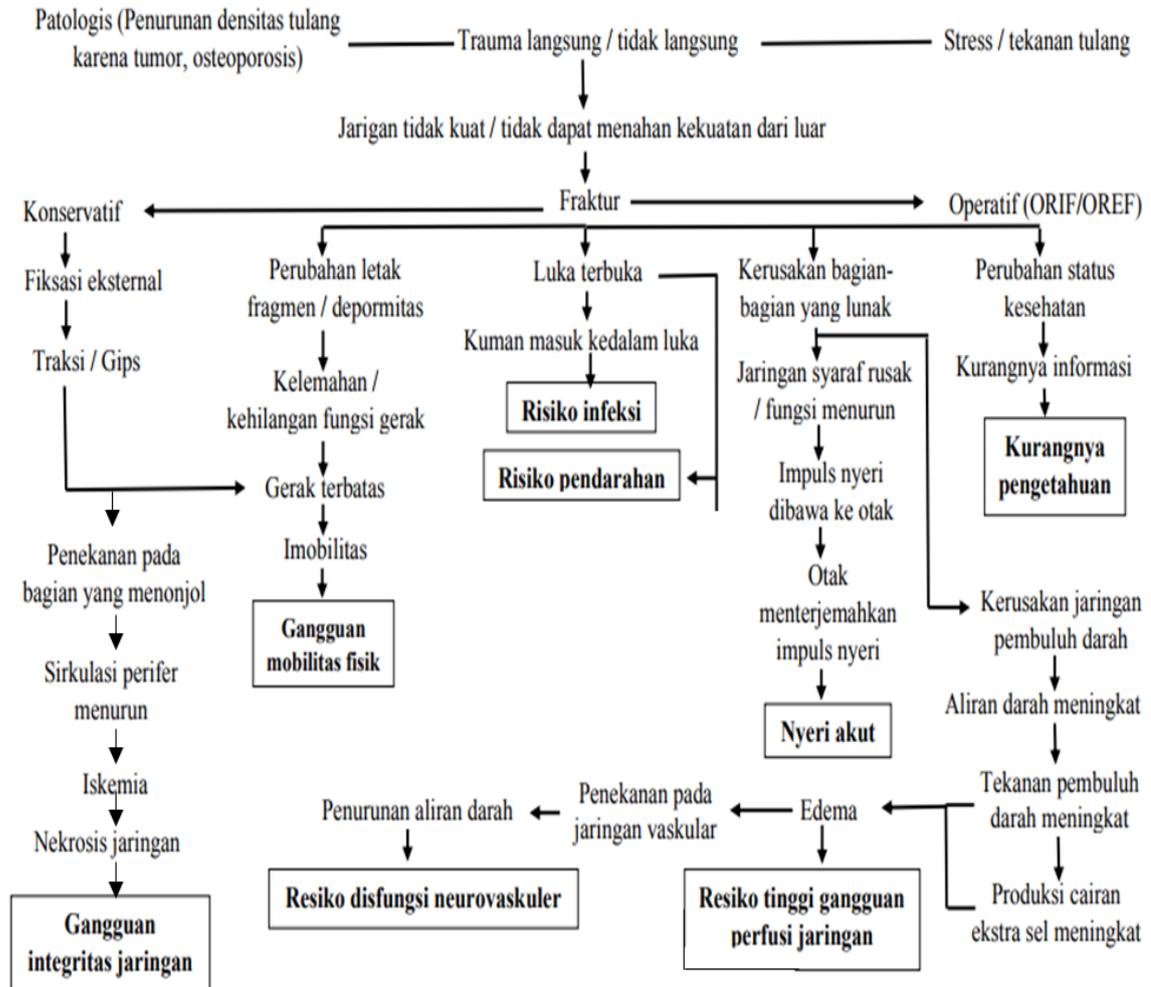
2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan sudah efektif atau belum dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan yang sudah ada (Gordon, 2015).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Pada evaluasi sumatif terdapat SOAP (S: subjektif meliputi data dari wawancara. O: objektif meliputi data dari pemeriksaan langsung, A: assesment merupakan pemberitahuan masalah sudah terselesaikan atau belum, dan P: planning yaitu rencana tindak lanjut untuk tindakan selanjutnya (Setiadi, 2016).

2.4 Kerangka Masalah Keperawatan



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien bernama Tn.Y, dengan rekam medis 634xx, berjenis kelamin Laki-laki, berusia 84 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai pensiunan pegawai PLN dan sudah menikah. pasien dirawat dengan diagnosis medis *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra*. Pasien masuk IGD tanggal 12 Oktober 2021 pukul 19.00 WIB, masuk ke Ruang perawatan Pav IV RS Darmo Surabaya tanggal 12 Oktober 2021 pukul 23.00 WIB dan dilakukan pengkajian tanggal 13 Oktober 2021 pukul 09.00 WIB.

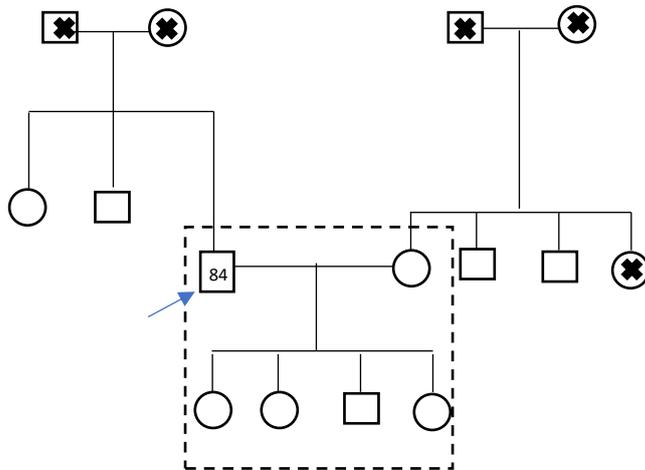
Keluhan utama pasien nyeri pada pangkal paha kanan pasca jatuh, Sebelumnya sekitar pukul 17.30 pasien jatuh terpeleset saat mengepel lantai diteras rumah karena habis hujan. Posisi jatuh miring ke kanan, setelah itu kaki tidak bisa digerakkan dan sangat nyeri. Kemudian pasien dibawa ke RS Darmo oleh istri dan anaknya. Di IGD Pasien mengeluhkan nyeri didaerah pangkal paha kanan skala nyeri 7, nyeri dirasakan semakin bertambah jika dibuat bergerak, nyeri dirasakan sangat tajam seperti tersayat benda tajam dan menjalar punggung kanan bawah, tidak berkurang walaupun diberi obat pereda nyeri. Di IGD pasien dilakukan pemasangan infus tangan kiri no.20 cairan Ringer lactat 500ml 30 tetes/menit, pemberian Remopain 30mg, Omeperazole 40mg, cek laborat lengkap, screening, antigen dan Swab PCR, foto, foto Thorax, foto Pelvis, foto Femur AP/LAT.

Hasil foto Thorax COR+Pulmo tidak tampak kelainan, sedangkan hasil Foto Pelvis dan femur AP/LAT didapatkan Terlihat bayangan fraktur kanan, Garis fraktur intertrochanterika, ada dislokasi membentuk sudut. Pasien dipindahkan ke ruang perawatan Pav IV pukul 23.00. Selama di ruangan pasien masih mengeluh kesakitan di paha kanan skala 5, berkurang karena di IGD sudah diberi obat sakit. Menurut keterangan keluarga pasien hanya tidur 1 jam saja selebihnya pasien sering bangun karena merasa nyeri dan tidak berani menggerakkan kaki kanannya.

Setelah diruangan pasien dilakukan pengkajian tanggal 14 Oktober 2021 pukul 09.00 didapatkan kesadaran composmentis dan kooperatif, GCS 15, tampak lemah dan tampak pucat, akral teraba hangat, basah, merah, TD: 140/72 mmHg, N: 106 x/menit, S: 36,7°C, RR: 18 x/menit, CRT < 2 detik, Turgor kulit baik, terdapat oedema dan kebiruan pada sekitar pangkal paha kaki kanan, BB 60 kg dan TB 164 cm.

Pada Riwayat penyakit dahulu pasien mengalami memiliki riwayat hipertensi sejak berusia 40 tahun. Biasa berobat ke dokter Yudha Sukmana di klinik PLN. Tahun 2016 riwayat sulit menelan berobat ke RS Mitra Keluarga Waru oleh dr. Devi, Sp.S. Riwayat pernah Op Batu Empedu dan Prostat di RS Mitra Keluarga Waru tahun lupa. Pasien biasa minum obat 0.0.1 Olmetec 20mg, 0.0.1 Lipitor 20mg, 1.0.0 Osteocare 1.0.0 Proxilene, 10.0 Kalmeco.

Genogram Keluarga Tn.A



(Sumber : Primer)

Keterangan :

- Laki – laki : □
 Perempuan : ○
 Pasien : ↗
 Tinggal serumah : [---]
 Meninggal : ✕

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi: 106x/menit, tekanan darah : 140/72 mmHg, frekuensi nafas: 18 x/menit SPO2.98% tanpa oksigen, tinggi badan: 164 cm, berat badan: 60 kg. Wajah pasien tampak menyeringai menahan nyeri.

Pemeriksaan fisik B1 (*Breath/ Pernapasan*) didapatkan hasil pemeriksaan napas spontan, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris. tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), suara napas vasikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Palpasi teraba simetris antara kiri dan kanan, perkusi dada sonor.

Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/ Sirkulasi*) didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, akral teraba Hangat, Basah, Merah, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat nyeri dada, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi: 89x/ menit, S: 36,4°C.

Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/ Persarafan*) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glossofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglossus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/Perkemihan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, BAK 1x/5jam dengan jumlah ± 500 cc dengan warna kuning jernih.

Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/Pencernaan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien tidak mengeluh mual dengan pola makan 3x sehari habis 1 porsi makanan rumah sakit, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, tidak terdapat gangguan makan, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien belum BAB.

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/Muskuloskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada pangkal paha kaki sebelah kanan dengan nyeri seperti tersayat benda tajam dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, pasien mampu menggerakkan persendiannya kecuali yang mengalami fraktur/patah tulang, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 2222, ekstremitas bawah sinistra 5555.

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, CRT < 3 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, basah dan merah. Terdapat bengkak dan kebiruan di paha kanan.

Pemeriksaan sistem penginderaan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata simetris, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik, pupil bulat isokor, konjungtiva tidak anemis, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu

melihat jam yang ada didinding. Pada pemeriksaan sistem penginderaan pendengaran didapatkan hasil pemeriksaan pada telinga simetris, telinga bersih, tidak terdapat kelainan pendengaran, pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, serta tidak menggunakan alat bantu dengar. Pada pemeriksaan sistem penginderaan penciuman didapatkan hasil pemeriksaan pada hidung simetris, tidak terdapat polip, tidak terdapat sinusitis terdapat septum di tengah, tidak terdapat gangguan pada penciuman, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

Pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit DM.

3.1.3 Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak meminum minuman beralkohol. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

1. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 4x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 8x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 8x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1500 cc.

2. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien belum BAB.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 5x/hari dengan jumlah ± 1500 cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 1x/5jam dengan jumlah ± 500 cc dengan warna kuning jernih.

3. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 2x/ minggu, ganti pakaian 2 – 3 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktifitas sehari-hari

Sebelum masuk rumah sakit aktifitas sehari-hari pasien hanya memomong cucu, melihat TV dan membaca buku karena hanya sebagai pensiunan dari pegawai PLN. Selama di rumah sakit pasien hanya tiduran, kesulitan beraktifitas akibat nyeri yang dirasakan.

d. Rekreasi

Sebelum masuk rumah sakit pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya pergi ke mall atau wisata alam. Selama dirumah sakit pasien hanya melihat TV saja.

e. Olahraga

Pasien olahraga jalan pada tiap hari dan senam lansia tiap minggu.

4. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit biasanya pasien tidur malam \pm dari jam 22.00 – jam 05.00 WIB dan tidak pernah tidur siang, sesudah masuk rumah sakit pasien mengatakan sulit tidur sering terbangun pada malam hari karena nyeri di paha kanan. Pasien tidur tidak teratur hanya bisa tidur jika obat nyeri sudah masuk dan nyeri berkurang. Pasien tampak lesu, kantong mata menghitam, sering menguap, wajah tampak mengantuk.

5. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan belum pernah mengalami patah tulang sebelumnya. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki kanan dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada

didinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

6. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan cemas dan gelisah dengan tindakan operasi yang akan dilakukan pada patah tulang kaki kanan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang laki-laki berusia 84 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 3 dari 3 bersaudara, pasien mengatakan sudah tidak bekerja hanya sebagai pensiunan pegawai PLN dan sudah menikah serta memiliki 4 orang anak dan 6 cucu. Pasien berperan sebagai Ayah, Kakek dan kepala keluarga dirumahnya.

d. Ideal diri

Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

7. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh PLN

8. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang Laki-laki dan mengatakan tidak ada masalah pada area genitalia, pasien mengatakan genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, Pasien memiliki 4 orang anak .

9. Pola koping dan toleransi stress

Pasien mengatakan nyeri paha kanan dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul. Pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan mempunyai Hipertensi, Pasien cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukan. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

10. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.4 Data Penunjang

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan penunjang tn.Y dengan diagnosa *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra*. pada tanggal 12-14 Oktober 2021

Laboratorium		
Pemeriksaan	Nilai normal	Hasil
Hematologi		
12-10-2021		
Hemoglobin	11,7-15,5 g/dl	12,0
Leukosit	4,0-11,0 $10^3 /\mu\text{l}$	13,52
Trombosit	150-450 $10^3 /\mu\text{l}$	258
Eritrosit	4,50-6,50 $10^6 /\mu\text{l}$	3,83
Hematokrit	37,0-47,0 %	36,4
APTT	<34 detik	28,7
PPT	<15 detik	11,9
Waktu Pembekuan	9-15 detik	11
Waktu Perdarahan	1,0-6,0 detik	1,11
Elektrolit		
12-10-2021		
Kalium	3,6-5,0 mEq/L	4,31
Natrium	136,0-144,0 mEq/L	140
GDA	75-121 mg/dL	143
Faal Ginjal		
Bun	6,0-20,0 mg/dL	17
Creatinin	0,51-0,95 U/L	1,06
Faal Hati		
SGOT	<50 U/L	21,2
SGPT	<50 U/L	20,8
Hematologi		
14/10/2022		
Hemoglobin	11.7-15,5 g/dl	9,0
Leukosit	4,0-11,0 $10^3 /\mu\text{l}$	17,66
Trombosit	150-450 $10^3 /\mu\text{l}$	171
Eritrosit	4,50-6,50 $10^6 /\mu\text{l}$	3.16
Hematokit	37,0-47,0 %	30,0
Swab PCR		Negative

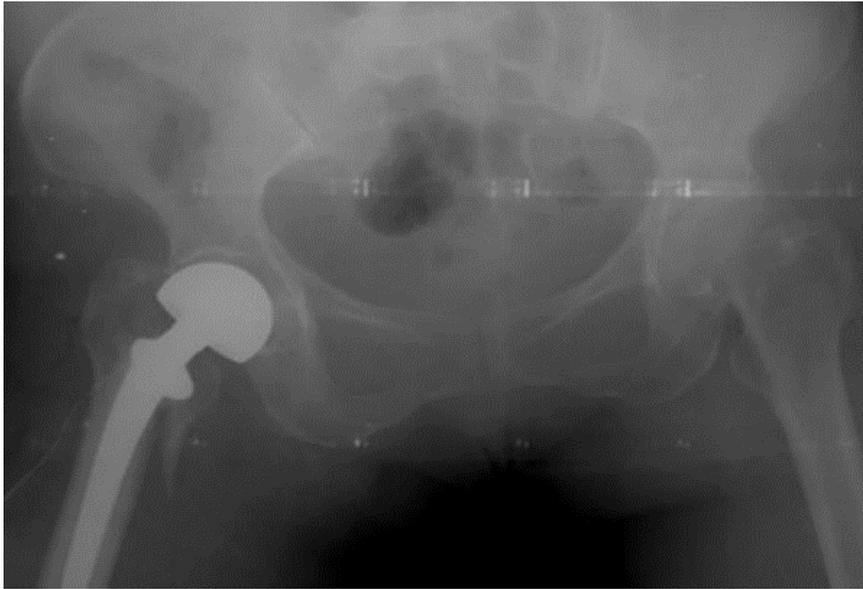
Radiologi	
12 Oktober 2021	
Thorax Foto	COR+Pulmo tidak tampak kelainan
Pelvis	<ul style="list-style-type: none"> - Terlihat bayangan fraktur kanan - Garis fraktur intertrochanterika - Ada dislokasi membentuk sudut
Femur AP/LAT	<ul style="list-style-type: none"> - terlihat bayangan fraktur pada femur kanan - Garis fraktur intertrochanterika - Ada dislokasi membentuk sudut
14 Oktober 2021	
Foto Pelvis (Post Op)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi post op bipolar arthroplasty terpasang protesis pada hip kanan posisi baik - Belum tampak callus - Trabekulasi tulang baik - Celas sendi kesan baik



Gambar 3.1 X-ray pelvis AP pasien (12-10-2021)



Gambar 3.2 X-ray Femur AP/LAT (12-10-2021)



Gambar 3.3 X-ray Foto pelvis AP pasien post operasi (14-10-2021)

3.1.5 Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi tn.Y dengan diagnosa *Close Fraktur Intertrochanter Femur Dekstra*. pada tanggal 12-14 Oktober 2021

Terapi	Dosis	Lokasi Pemberian	Kegunaan	Jam Pemberian
13- 10-2021				
Tamolive	1gr	I.vena Drip	Obat golongan non.Opoid dengan onset analgesik dan antipieretik yang cepat	08,16,24
Olmotec	20mg	Per Oral	Obat mengandung Olmesartan medoxomil digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi	20
14-10-2021				
Terfacef	1gr	I.vena	Serbuk injeksi yang mengandung ceftriaxone untuk pengobatan infeksi saluran pernafasan bawah, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, infeksi tulang, pencegahan infeksi sebelum operasi	08,20
Tamoliv	1gr	I.vena Drip	Obat golongan non.Opoid dengan onset analgesik dan antipieretik yang cepat	08,16,20
Fiopraz	40mg	I.Vena	obat yang memiliki kandungan zat aktif Pantoprazole Sodium (Lyophilized). Fiopraz juga dikenal sebagai inhibitor pompa proton (PPI), yang bekerja dengan cara memblokir langkah terakhir dalam sekresi asam lambung dengan penghambatan spesifik sistem enzim adenosine triphosphatase (ATPase).	08,20
Gramet	3mg	I.Vena	Obat golongan antimetik kelas 5-HT3 blocker yang bekerja dengan cara memblokir zat serotonin dalam tubuh untuk mencegah rasa mual dan muntah.	08

Terapi	Dosis	Lokasi Pemberian	Kegunaan	Jam Pemberian
Cernevit	-	I.Vena	Merupakan sediaan multivitamin baik vitamin larut air maupun larut lemak (kecuali vitamin K) yang dikombinasikan dengan mixed micelle (glycocholic acid dan lecithin).	08
Arespin	1mg/MI	I.Vena Pump	Obat yang berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada pasien dalam kondisi hipotensi akut. Arespin mengandung Norepinephrine 1 mg/mL	Maintenance
Olmetec	20mg	Per Oral	Obat yang mengandung Olmesartan medoxomil. digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi.	20
15-10-2022				
Terfacef	1gr	I.vena	Serbuk injeksi yang mengandung ceftriaxone untuk pengobatan infeksi saluran pernafasan bawah, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, infeksi tulang, pencegahan infeksi sebelum operasi	08,20
Ultracet	62,5	Per Oral	Ultracet adalah obat yang mengandung tramadol serta paracetamol. Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri akut	07,12,18
Osreocare	-	Per Oral	Osteocare merupakan tablet yang mengandung tinggi kalsium dan vitamin D. Vitamin ini digunakan untuk menjaga kesehatan tulang dan gigi.	07,18

3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil Pengkajian didapatkan sebagai berikut.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pangkal paha kanan. P: Pangkal paha patah karena jatuh terpeleset, Q: Nyeri seperti tersayat benda tajam, R: Pangkal Paha Kanan menjalar ke punggung kanan S: 7, (0-10) *wong-baker face pain rating*, T: Setiap saat walaupun sudah diminumi obat nyeri, Pasien tampak menyeringai kesakitan, Pasien tampak berhati-hati saat berpindah posisi miring kanan/kiri, Pasien tampak gelisah saat nyeri, Pasien tidur tidak teratur, hanya bisa tidur setelah obat nyeri masuk dan nyeri berkurang Pada pemeriksaan rogenten paha kiri terdapat fraktur fraktur intertrochanterika TD : 142/72 mmHg S : 36,7⁰C, N : 106 x/mnt, RR : 18 x/mnt tanpa o₂. Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri di paha kanan, nyeri bertambah saat bergerak atau aktifitas, skala nyeri 7 dari 0-10, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien juga tampak meringis dan gelisah. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.
- b. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi ditandai dengan pasien mengatakan merasa takut untuk operasi, khawatir setelah operasi tetap tidak bisa jalan seperti dulu, Pasien tampak tegang dan gelisah, Pasien banyak bertanya tentang tindakan operasinya saat dokter visite, Nadi : 106 x/menit

Rasional ditemukan data pengkajian yang mendukung yaitu pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini, yang akan di operasi, pasien juga tampak tegang dan gelisah. Ansietas atau kecemasan merupakan sebuah reaksi singkat alami terhadap kejadian yang membuat stress.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan Pasien mengatakan aktifitas selalu dibantu keluarga, Pasien belum bisa dan masih takut menggerakkan kaki kanan yang patah, Pasien mengatakan kesulitan beraktifitas akibat nyeri yang dirasakan, Pasien hanya berbaring ditempat tidur, Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah, Hasil pemeriksaan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 5555 ekstremitas kanan atas 5555 ekstremitas kanan bawah 2222 ekstremitas kiri bawah 5555. Rasional karena ditemukan data subjektif: klien mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan kaki kanannya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, data objektif: klien berbaring di tempat tidur, skala aktifitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga). Hal ini merupakan salah satu tanda dari adanya keterbatasan lingkup gerak dan terganggunya fungsi aktivitas. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dengan nyeri. Dibuktikan dengan pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien sulit tidur karena menahan nyeri di kaki kanan , Kantong mata menghitam, Klien tampak letih dan sering menguap, Wajah pasien tampak mengantuk.

Rasional banyak tanda dari data subyektive dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan pola tidur

3.3 Tujuan Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma). Tujuan Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun ditandai dengan keluhan nyeri menurun dari skala 7 ke skala , Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100x/mnt).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik ditandai dengan Pergerakan ekstermitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat.
- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (tindakan pembedahan). Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun ditandai dengan Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur membaik.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dengan nyeri. Tujuan selama dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik ditandai dengan keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

3.4 Implementasi dan Evaluasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma). Dengan outcome nyeri menurun intervensi keperawatan manajemen nyeri. Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-15 Oktober 2021. Implementasi yang dilakukan adalah 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal. 3) Memonitor efek samping penggunaan analgetik. 4) Fasilitasi istirahat dan tidur. 5) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 6) Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. 7) Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik Tamoliv 1gr.

Evaluasi tanggal 13 Oktober 2021 pukul 13.00 Pasien mengatakan nyeri pangkal paha kanan, Pangkal paha patah karena jatuh terpeleset Q: Nyeri seperti tersayat benda tajam R: Pangkal Paha Kanan menjalar ke punggung kanan S: 7, (0-10) *wong-baker face pain rating* T: Setiap saat walaupun sudah diminumi obat nyeri, Pasien tampak menyeringai kesakitan, Pasien tampak berhati-hati saat berpindah posisi miring kanan/kiri, Pasien tampak gelisah saat nyeri, Pasien tidur tidak teratur, hanya bisa tidur setelah obat nyeri masuk dan nyeri berkurang TD :142/72 mmHg, S : 36,7⁰C, N : 106 x/mnt , RR : 18 x/mnt tanpa O2. Masalah nyeri belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pemberian analgesik (Tamoliv 1gr), Monitor tingkat nyeri pasien, Monitor ttv pasien, Fasilitasi pasien istirahat dan tidur

Evaluasi tanggal 14 Oktober 2021 Pasien mengatakan Nyeri daerah operasi P: Nyeri post operasi Q: Nyeri seperti ditusuk, R: Regio paha kaki kanan S: 5, T: hilang timbul saat beraktifitas, dan masih gelisah TD : 110/70 mmHg S : 36⁰C N : 85 x/mnt RR : 21 x/mnt masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan Pemberian analgesik (Tamoliv 1 gr) Monitor tingkat nyeri pasien Fasilitasi pasien istirahat dan tidur. Evaluasi tanggal 15 Oktober 2021 Pasien mengatakan nyeri daerah operasi P: Nyeri post operasi Q: Nyeri seperti ditusuk, R: Regio paha kaki kanan S: 5,(0-10) T: hilang timbul, Pasien tampak menahan nyeri saat beraktifitas TD : 120/80 mmHg S : 36,5⁰C N : 80 x/mnt RR : 20 x/mnt, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan Pemberian analgesik (Tamoliv 1gr), Monitor tingkat nyeri pasien, Ajarkan terapi nonfarmakologis, Fasilitasi pasien istirahat dan tidur.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dengan outcome mobilitas fisik meningkat dengan intervensi keperawatan dukungan ambulasi. Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-15 Oktober 2021. Implementasi yang dilakukan adalah Mengobservasi perkembangan pergerakan pasien 1) Memonitor kondisi umum selama mobilisasi. 2) Melatih dan jadwalkan pasien bersama keluarga mengenai latihan ROM aktif dan pasif dengan cara menggerak-gerakan jari, lengan dan pergelangan tangan. 3) Mefasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 4) Memberi penjelasan tentang kegunaan ROM

Evaluasi tanggal 13 Oktober 2021 Pasien mengatakan aktifitas selalu dibantu karena masih takut bergerak, Pasien mengatakan kesulitan beraktifitas akibat nyeri yang dirasakan, Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah, Hasil pemeriksaan kekuatan otot ekstermitas kiri atas 5555 ekstermitas kanan atas 5555 ekstermitas kanan bawah 2222 ekstermitas kiri bawah 5555. Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitas kaki kanan

Evaluasi tanggal 14 Oktober 2021 Pasien mengatakan aktifitas masih dibantu keluarga, Pasien mengatakan kesulitan beraktifitas akibat nyeri yang dirasakan, Terdapat keterbatasan dalam menggerakkan ekstremitas bawah, Hasil pemeriksaan kekuatan otot ekstermitas kiri atas 5555 ekstermitas kanan atas 5555 ekstermitas kanan bawah 2222 ekstermitas kiri bawah 5555. Pasien memiliki kelemahan dalam menggerakkan ekstremitasnya. Masalah belum Teratasi Intervensi dilanjutkan Bantu Ambulasi dan libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas serta latih ROM perlahan.

Evaluasi tanggal 15 Oktober 2021 Pasien mengatakan aktifitas sudah bisa mandiri dan sedikit bantuan dari keluarga. Pasien tampak sudah ada kemauan untuk beraktifitas (duduk sandaran) Hasil pemeriksaan kekuatan otot ekstermitas kiri atas 5555 ekstermitas kanan atas 5555 ekstermitas kanan bawah 3333 ekstermitas kiri bawah 5555., Pasien sudah bisa makan, minum, duduk sandaran secara mandiri Masalah Teratasi Pertahankan kondisi .

- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (tindakan pembedahan) dengan outcome tingkat ansietas berkurang intervensi keperawatan reduksi ansietas. Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-14 Oktober 2021. Implementasi yang dilakukan adalah 1) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 2) Memonitor tanda-tanda ansietas 3) Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4) Menjelaskan prosedur tindakan 5) Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6) Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Melatih teknik relaksasi.

Evaluasi tanggal 13 Oktober 2021 Pasien mengatakan merasa takut untuk operasi, khawatir setelah operasi tetap tidak bisa jalan seperti dulu, Pasien tampak tegang dan gelisah. Pasien banyak bertanya tentang tindakan operasinya saat dokter visite Nadi : 106 x/menit masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan dengan lakukan teknik relaksasi nafas dalam dan jelaskan prosedur tindakan pembedahan.

Evaluasi tanggal 14 Oktober 2021 Pasien mengatakan sudah tidak cemas karena sudah melakukan operasi, Pasien tampak tenang, Nadi : 85 x/menit. masalah teratasi intervensi dihentikan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close Fraktur interchohanter Femur dekstra* di Ruang Pav.IV Rumah Sakit Darmo Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 13 Oktober 2021 sampai dengan 15 Oktober 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

4.1. Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.Y dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Data didapatkan, pasien bernama Tn.Y, berjenis kelamin laki-laki, berusia 84 tahun. Menurut (Krisdiyana, 2019) mengatakan bahwa proporsi kasus fraktur terdapat pada rentang usia 70-80 tahun lebih rentan terjadi fraktur. Keadaan tersebut perlu diwaspadai bahwa fraktur cenderung meningkat pada kelompok umur lansia, selain faktor umur jenis kelamin juga berpengaruh. Pada umumnya fraktur lebih sering terjadi pada laki-laki dikarenakan pekerjaan atau aktifitas yang lebih berat sering dilakukan oleh seorang laki-laki sehingga dapat menyebabkan kecelakaan.

Keluhan utama pasien nyeri pada paha kaki kanan, dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul. Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur femur adalah rasa nyeri, Nyeri tersebut terjadi karena pergeseran atau terputusnya tulang. (Asikin & Nasir, 2016). Menurut asumsi

penulis pada pasien fraktur sering mengalami nyeri pada tulang dan cemas, hal tersebut dikarenakan terjadinya pegeseran atau terdapat patahan pada tulang akibat tekanan yang kuat atau juga bisa dikarenakan oleh kondisi tulang yang melemah.

Pemeriksaan fisik Muskuloskeletal didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada pangkal paha kanan, nyeri bertambah berat saat bergerak atau beraktifitas dengan nyeri seperti ditusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, pasien mampu menggerakkan persendiannya kecuali yang mengalami fraktur/ patah tulang, pasien juga dibantu oleh keluarga saat melakukan aktifitas karena takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik. Dengan skala kekuatan otot ekstremitas pasien yaitu : ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 2222, ekstremitas bawah sinistra 5555. Ditambah juga data objektif yang mendukung dari respon yang diberikan pasien seperti, meringis, gelisah dan cemas. Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu mengeluh nyeri, meringis gelisah. Menurut (Mujahidin, 2018) gejala yang khas dan bisa dirasakan langsung dari kondisi fraktur adalah adanya rasa nyeri yang terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan, adanya spasme otot, tekanan dari patahan tulang, dan karena kerusakan jaringan disekitar tulang. Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti nyeri dapat mengakibatkan gangguan rasa nyaman pada pasien.

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, terdapat jejas atau lesi pada pangkal paha kanan, turgor kulit < 3 detik, serta akral teraba hangat, basah dan merah. Fraktur atau cedera karena

kecelakaan lalu lintas dapat mengakibatkan luka lecet atau jejas pada daerah sekitar tubuh yang dapat mengakibatkan gangguan integritas kulit (Apley & Solomon, 2017). Menurut asumsi penulis bahwa luka yang dialami pasien pada kulit masih belum parah tetapi juga harus diperhatikan dikarenakan jika tidak ditangani atau dibiarkan saja maka dapat menyebabkan masalah yg lebih serius.

Gambaran diri pasien didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan takut dan cemas dengan kondisi yang dialami sekarang dan belum tau terkait prosedur tindakan yang dialami selanjutnya. Sesuai dengan teori menurut (Helmi, 2014) Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakpuasan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah. Menurut asumsi penulis pasien yang mengalami kecemasan agar diberikan pengertian terkait pengertian penyakit dan tatalaksana pelaksanaan tindakan yang akan dialami oleh pasien untuk mengurangi tingkat kecemasan yang dialaminya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur Introchanter Femur dekstra* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma),

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Pasien mengatakan kaki kanan sakit dan nyeri, P: Nyeri bertambah ketika bergerak, nyeri berkurang saat diimobilisasi, Q: Nyeri seperti disayat benda tajam, R: Regio kaki kanan, S: 7, (0-10), T: hilang timbul. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang

aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi ringan berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015)

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri di paha kanan, nyeri bertambah saat bergerak atau aktifitas, skala nyeri 7 dari 0-10, nyeri terasa seperti tersayat benda tajam dan hilang timbul. Pasien juga tampak meringis dan gelisah. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subjektif: bahwa pasien mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan kaki kanannya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, data objektif: pasien berbaring di tempat tidur, skala aktifitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga). Hal ini merupakan salah satu tanda dari adanya keterbatasan lingkup gerak dan terganggunya fungsi aktivitas. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif & Kusuma, 2015).

Menurut asumsi penulis Gangguan mobilitas fisik dijadikan prioritas yang kedua karena diagnosa ini bukan masalah utama. Namun apabila keterbatasan aktivitas tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan tonus otot-otot tubuh klien menjadi kontraktur.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pengkajian yang mendukung yaitu pasien mengatakan cemas apakah setelah operasi bisa beraktifitas kembali, , pasien juga tampak tegang dan gelisah. Ansietas atau kecemasan merupakan sebuah reaksi singkat alami terhadap kejadian yang membuat stress (Mujahidin, 2018).

Menurut asumsi penulis ansietas dijadikan prioritas ketiga dikarenakan jika kecemasan berlanjut bisa menjadi kondisi kesehatan mental jika individu tersebut tidak mampu berhenti mengkhawatirkan situasi atau kejadian sepele yang berakibat pada terganggunya aktifitas pada kehidupan sehari-hari.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma)

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil; luaran utama tingkat nyeri: keluhan nyeri menurun (0-10), meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit).

Rencana Keperawatan intervensi utama, manajemen nyeri: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), Fasilitasi Istirahat dan tidur, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis

untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi analgesik sesuai program dokter: Inj. Tamoliv 3x1000 mg/ IV, pemberian analgesik: identifikasi riwayat alergi obat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, monitor efektifitas analgesik perimbangan penggunaan infus kontinu. Pada pasien fraktur, penggunaan analgetik-antipiretik yang tidak tepat dapat menyebabkan perdarahan, iritasi lambung dan keadaan yang lebih parah (WHO, 2015).

Menurut asumsi penulis pemberian analgesik memang diperlukan untuk membantu mempercepat kesembuhan pasien terutama membantu untuk menurunkan nyeri dengan skala 7 yang dikeluhkan pasien namun dalam pemberiannya juga untuk memonitoring dari efek samping penggunaan analgesik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan mengalami peningkatan gerak atau mobilitas fisik pasien membaik dengan kriteria hasil; pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, pasien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi, misalnya mengambil makan dan minum sendiri.

Rencana keperawatan, intervensi utama dukungan ambulasi; identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, kaji derajat mobilitas, fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini, Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan, beri dorongan pasien untuk beraktifitas secara mandiri, anjurkan klien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

Menurut asumsi penulis dukungan keluarga dan tim rehap medik sangat penting dalam penanganan mobilitas fisik, dan memberikan motivasi kepada pasien untuk beraktifitas secara mandiri, serta melakukan latihan rentang gerak untuk meningkatkan kekuatan otot dan mencegah terjadinya luka dekubitus.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil; kekhawatiran menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik.

Rencana Keperawatan, intervensi utama reduksi ansietas; monitor tanda-tanda ansietas, kaji faktor penyebab ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, jelaskan tentang prosedur tindakan, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan latih teknik relaksasi.

Menurut asumsi penulis hubungan terapeutik dapat membantu pasien untuk mengenali penyebab kecemasan yang dialami, dan sebagai perawat harus bisa memberikan edukasi terkait pengetahuan penyakit dan tindakan yang akan dilakukan untuk menangani fraktur klavikula, pasien dengan tingkat ansietas yang tinggi juga bisa diajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam agar pasien bisa sedikit lebih tenang.

Berdasarkan perencanaan dari tiga diagnosa diatas maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu; melatih teknik relaksasi nafas dalam, melatih rentang gerak pasien (ROM), dan memberikan penjelasan atau edukasi seputar

kondisi dan tindakan yang akan didapatkan pada pasien yang mengalami fraktur clavícula.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri pasien, mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, memberikan obat analgetik sesuai program (injeksi Tamoliv 1gr iv).

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif dan mau melakukan teknik relaksasi serta mau di suntik obat analgetik (Tamoliv 1gr iv). Kelemahannya adalah pasien merasa kesulitan untuk menunjukkan skala intensitas nyeri yang disarankan, sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan pasien cara menunjukkan skala intensitas nyeri dengan skala 0-10.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji derajat mobilitas, mendorong pasien

melakukan aktifitas secara mandiri sesuai dengan kemampuan pasien dengan posisi, misalnya, ambil minum, ambil makan, menganjurkan pasien untuk aktif pada ekstremitas yang tidak sakit, dan menganjurkan pasien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Kelemahan dari implementasi ini adalah pasien masih takut apabila dilatih mobilitas atau latihan gerak (ROM) dan kadang mengeluh sakit sehingga dalam melakukan latihan harus dengan pelan-pelan. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memotivasi pasien untuk berlatih mobilisasi secara mandiri dan bertahap.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keprawatan di rumah sakit adalah mengobservasi tingkat ansietas pasien dengan mengkaji faktor penyebabnya, menjaga hubungan terapeutik dengan pasien untuk meningkatkan rasa kepercayaan, serta melakukan edukasi tentang kondisi penyakit dan tindakan selanjutnya dalam menangani masalah yang dialami pasien.

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif pada saat dilakukan edukasi serta kondisi lingkungan yang mendukung sehingga edukasi terkait kondisi yang dialami pasien dapat dilakukan dengan lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien masih mengeluh nyeri saat dilakukan edukasi dan masih sedikit cemas dengan tindakan operasi yang akan dijadwalkan, sehingga dilanjutkan dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa kecemasan pasien tersebut. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan cara nafas dalam, mengalihkan

perhatian pasien untuk mengurangi kecemasan dan memberikan dukungan kepada pasien serta melibatkan keluarga untuk mempercepat pengobatan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: skala nyeri 3, klien tampak rileks, klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi. Pada tanggal 15 Oktober 2021 ditemukan data: P: nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti tersayat benda tajam, R: bahu kiri, S: skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, O: klien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas, A: masalah nyeri akut belum

teratasi, P: lanjutkan intervensi: Ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi pasien, dan kolaborasi pemberian analgetik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu: klien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi, misalnya mengambil makan dan minum sendiri. Pada tanggal 15 Oktober 2021 ditemukan data: S: Pasien mengatakan aktifitas sudah bisa mandiri dan sedikit bantuan dari keluarga, O: pasien tampak sudah ada kemauan untuk beraktivitas dengan duduk sandaran, Pasien sudah bisa makan, minum dan ke kamar mandi secara mandiri A: masalah hambatan mobilisasi fisik teratasi, P: pertahankan kondisi.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Evaluasi yang dilakukan penulis selama dua hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu: tidak mengalami kecemasan. Pada tanggal 14 Oktober 2021 ditemukan data: S: Pasien mengatakan sudah tidak cemas karena sudah melakukan operasi, O: pasien tampak tenang dan tidak gelisah lagi, A: masalah ansietas teratasi, P: intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra* di Ruang Pav..IV RS Darmo Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra*

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra*, dengan keluhan utama pasien nyeri akut, pasien mengatakan nyeri, *provoking* (P): nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti tersayat benda tajam, *region* (R): pangkal paha sebelah kanan sampai punggung kanan, *severity* (S): skala nyeri 7 (berat) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul, klien juga mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan kaki kanannya karena terasa nyeri saat bergerak,. Pada Tn.Y menimbulkan masalah keperawatan seperti: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, ansietas, gangguan pola tidur.
2. Diagnosis keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra* dan telah diprioritaskan menjadi: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur Close fraktur Interchanter Femur Dekstra* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk: nyeri akut dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun, gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil mobilitas fisik membaik, ansietas dengan kriteria hasil tingkat ansietas menurun.
4. Implementasi keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur Interchanter Femur Dekstra* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) dengan manajemen nyeri dan memberikan analgesik, gangguan muskuloskeletal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dengan dukungan ambulasi dan latihan rang of motion (ROM), ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan reduksi ansietas, berikan edukasi dan menjalin hubungan terapeutik
5. Hasil evaluasi keperawatan pada Tn.Y dengan diagnosis medis *Close fraktur clavicula sinistra* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan dua diagnosa yang berhasil diatasi

yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dan satu diagnosa yang tidak teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma).

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

Bagi Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan tetap melatih pergerakan ekstermitas bawah menggunakan latihan ROM sesuai yang pernah diajarkan dan mencegah terjadinya resiko infeksi dengan terus memantau atau memberikan perawatan luka bekas operasi.

Bagi Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga perlunya peningkatan kerjasama antar petugas dengan pasien dan keluarga pasien dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam tindakan keperawatan yang memang dapat melibatkan pasien dan keluarga serta menumbuhkan sikap simpati dan murah dari petugas kesehatan dalam rangka peningkatan mutu dan kualitas pelayanan.

Bagi Perawat di Ruang Pav IV RS Darmo Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *fraktur* misalnya dengan mengikuti diklat atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada

pasien dengan diagnosis medis fraktur pada umumnya dan fraktur Femur pada khususnya.

Bagi Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, N. S. B. S., Rahmadian, R., & Yulia, D. (2020). Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016-2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(3), 358–363.
- Apley, A. ., & Solomon. (2017). *System of Orthopaedics and Trauma: Principles of Fractures* (10th ed.). CRS Press.
- Asikin, M., & Nasir, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. Penerbit Erlangga.
- Brunner dan Suddarth. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Dinarti & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinarti, D., & Mulyanti, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan. *Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kem-Kes RI*.
- Ekaputri, M., & Fithriyani. (2021). Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi*, 10(1), 196–200. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.321>
- Gordon. (2015). *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Salemba Medika.
- Gunawan, E. . (2016). Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Post Orif Fraktur Femur di RSOP Dr. Soeharso Surakarta. *Jurnal Kesehatan*.
- Helmi, Z. N. (2014). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Penerbit Salemba Medika.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111.
- Inawati. (2014). Demam Tifoid. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 1.
- Krisdiyana. (2019). Asuhan Keperawatran pada Pasien Post Orif Fraktur Femur di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda Kalimantan. *Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur*.
- Mardiono, S., & Putra, H. T. (2018). Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam penatalaksanaan pembidaian pasien fraktur di RS Bhayangkara Palembang 2018. *Jurnal Kesehatan Saelmakers PERDANA (JKSP)*, 1(2), 66–70.
- Margianti, D., Rahayu, U., Pebrianti, S., & others. (2019). Gambaran Tingkat Kecemasan Preoperative Pada Pasien Dengan Fraktur. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*, 6(1), 99–108.

- Mediarti, Rosnani, & Seprianti. (2016). Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstermitas Tertutup di IGD RSMH Palembang. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(3), 253–260.
- Mujahidin. (2018). Pengaruh Kombinasi Kompres Dingin dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Fraktur di wilayah Sumatera Selatan. *Jurnal Ilmiah Multiscience Kesehatan*, 8, 37–50.
- Muttaqin, A. (2013). *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktek Klinik Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC* (2nd ed.). Medi Action.
- Nurhalimah. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh Dan Kehilangan* (Tjahyanti (ed.)). AIPVIKI.
- Platini, H., Chaidir, R., Rahayu, U., & others. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur Ekstermitas Bawah. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*, 7(1), 49–53.
- Pratiwi, A. E. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri*. STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.
- Setiadi. (2016). *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Graha Ilmu.
- Setyo Rini, E., Mustain, M., & Maksum, M. (2021). *Pengelolaan Nyeri Akut Pada Nn. W Dengan Post operasi Orif Atas Indikasi Fraktur Humerus 1/3 Sinistra Di Ruang Cempaka RSUD UNGARAN*. Universitas Ngudi Waluyo.
- Smeltzer, S. C. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). ECG.
- Sumiyati, S., Anggraini, D. D., Kartika, L., Arkianti, M. M. Y., Sudra, R. I., Hutapea, A. D., Sari, M. H. N., Rumerung, C. L., Sihombing, R. M., Umara, A. F., & others. (2021). *Anatomi Fisiologi*. Yayasan Kita Menulis.
- Suparyadi, P., Handayani, R. N., & Sumarni, T. (2021). Pengaruh Pemberian Terapi Murottal terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Pre Operasi Open Reduction Internal Fixation (ORIF) di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Siaga Medika Banyumas. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1070–1081.
- Suriya, M., Ners, M. K., Zuriati, S. K., & Ners, M. K. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*

Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

WHO. (2015). *World Health Statistic Report.*

Wijaya. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah* (1st ed.). Nuha Medika.

Wijaya, A., & Putri, Y. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2.* Nuha Medika.

Lampiran 1 Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

Nama : Okte Citra Indiawati, S.Kep

Nim : 213.0012

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal lahir: Surabaya, 08 Oktober 1986

Agama : Islam

Email : okte.citra@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Taman Sidoarjo Tahun 1991
2. SDN Wonocolo 1 Taman Sidoarjo Tahun 1997
3. SMP 1 Taman Sidoarjo Tahun 2000
4. SMA bhayangkari 1 Surabaya Tahun 2003
5. D3 Keperawatan Poltekkes Surabaya Tahun 2006
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2020

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

**“Mulailah Dari Tempatmu berada, Gunakan Yang Kamu Punya,
Lakukan yang kamu bisa”**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya tulis

Ilmiah ini dengan baik. Karya ini ku persembahkan untuk:

1. Orang tuaku, Bapak (Subandi) dan Ibu (Khomsyah), yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
2. Suamiku (Koko Pulung Pringadi) dan anakku (Davina Aretha Ramadhani) tersayang yang telah memotivasi dan menghiburku dikala penat dan lelah.
3. Terima kasih untuk Dosen dan Staff STIKES Hang Tuah Surabaya yang senantiasa memberikan pengalaman dan tantangan yang begitu berkesan..
4. Teman – teman seangkatan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin.

Lampiran 3 SOP

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01
Tanggal Dibuat 30 Juli 2022	Tanggal Berlaku 30 Juli 2022	Nama Departemen Ruang Bedah	
Judul Pemasangan Infus		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners A12		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Definisi</p> <p>Pemasangan infuse adalah terapi intravena yang memasukkan jarum atau kanula ke dalam vena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus / pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh cairan elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen. Pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut. 2. Memulihkan keseimbangan asam-basa 3. Memulihkan volume darah dan, 4. Menyediakan saluran terbuka untuk pemberian obat-obatan. <p>C. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlak 2. Tourniquet 3. Kapas alcohol/alcohol swab 4. Plester 5. Gunting 6. Kain kasa steril 7. Set infuse 			

8. Jarum infuse (abocath, wing needle/butterfly)
9. Cairan infus
10. Bengkok
11. Bak instrument steril
12. Sarung tangan bersih
13. Standar infus

D. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Cuci tangan.
2. Memakai sarung tangan
3. Membuka daerah yang akan dipasang infus
4. Memasang alas dibawah anggota badan yang akan dipasang infus
5. Membuka set infus dan meletakkannya pada bak instrumen steril
6. Menusukkan jarum set infus ke dalam botol infus kemudian mengalirkan cairan ke selang infus berakhir di bengkok untuk mengeluarkan udara dan mengisi selang infus
7. Isi tempat tetesan infus kurang lebih separuhnya
8. Pastikan roller selang infus dalam keadaan menutup (ke arah bawah)
9. Menggantungkan selang infus pada standar infus
10. Buka abocath dari bungkusnya
11. Potong 3 lembar plester
12. Pilih pembuluh darah yang akan dipasang infus, dengan syarat : pembuluh darah berukuran besar, pembuluh darah tidak bercabang, pembuluh darah tidak di area persendian
13. Bendung bagian proksimal/atas dari pembuluh darah yang akan dipasang infus dengan tourniquet

14. Minta pasien menggenggamkan tangan, dengan ibu jari pasien di dalam genggamkan
15. Mendesinfeksi daerah yang akan dipasang infus
16. Menusukkan jarum infus ke vena dengan lubang jarum menghadap keatas. Pastikan darah mengalir jarum dan abocath. Jika belum teraliri oleh darah, temukan pembuluh darah sampai darah mengalir jarum dan abocath
17. Tourniket dilepas bila darah sudah masuk
18. Lepas jarum sambil meninggalkan abocath di dalam pembuluh darah
19. Tekan pangkal abocath untuk mencegah darah keluar dan masukkan ujung sela infus set ke abocath
20. Fixasi secara menyilang menggunakan plester abocath yang sudah terpasang

21. Alirkan cairan dari botol ke pembuluh darah dengan membuka roller. Bila tetesan lancar, jarum masuk di pembuluh darah yang benar
22. Fixasi dengan cara kupu-kupu. Meletakkan plester dengan cara terbalik di bawah selang infus, kemudian disilangkan
23. Menutup jarum dan tempat tusukan dengan kassa steril dan diplester
24. Mengatur/menghitung jumlah tetesan, Menuliskan tanggal pemasangan infus pada plester terakhir
25. Merapikan alat dan pasien
26. Melepas sarung tangan dan mencuci tangan

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi dari hasil tindakan yang telah dilakukan (aliran dan tetesan infuse lancar)
2. Melakukan kontrak untuk kegiatan/tindakan yang akan datang
3. Berpamitan dengan klien
4. Mencuci tangan
5. Mencatat/mendokumentasikan kegiatan dalam lembar catatan

DaftarPustaka

Kusnanto, Suarilah, I., A., C. P., & W, A. S. (2016) Standart Prosedur Operasional Keperawatan Dasar. Journal Of Chemical Information And Modeling (Vol.53)

Lampiran 4 SOP

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 02
Tanggal Dibuat 30 Juli 2022	Tanggal Berlaku 30 Juli 2022	Nama Departemen Ruang Bedah	
Judul Manajemen Nyeri		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners A13		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Definisi</p> <p>Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat yang hanya dirasakan oleh individu tersebut tanpa dapat dirasakan oleh orang lain. Nyeri merupakan tanda dan gejala yang tidak menyenangkan berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjaga kondisi pasien nyaman mungkin 2. Untuk meringankan nyeri <p>C. Kebijakan</p> <p>Setiap pasien dewasa yang merasakan nyeri dinilai dari skala 1 – 10 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai 0 = tidak nyeri 2. Nilai 1 – 3 = nyeri ringan (pasien dapat berkomunikasi dengan baik) 3. Nilai 4 – 6 = nyeri sedang (pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendeskripsikan dan dapat mengikuti perintah) 4. Nilai 7 – 9 = nyeri berat (pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi) 			

5. Nilai 10 = nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi)

Setiap anak yang merasakan nyeri dinilai dari skala wajah (Wong Baker) :



1. Nilai 0 nyeri tidak dirasakan oleh anak
2. Nilai 1 nyeri dirasakan sedikit saja
3. Nilai 2 nyeri dirasakan hilang timbul
4. Nilai 3 nyeri dirasakan anak lebih banyak
5. Nilai 4 nyeri dirasakan anak secara keseluruhan
6. Nilai 5 nyeri sekali dan anak menjadi menangis

D. Prosedur

1. Lakukan pengkajian skala, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri
2. Observasi reaksi non verbal
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi seperti :
 - a) Kompres dingin
 - b) Massage kulit
 - c) Buli – buli panas
 - d) Relaksasi seperti lingkungan yang tenang
 - e) Posisikan pasien nyaman dan nafas dalam
 - f) Teknik distraksi yakni mengalihkan perhatian ke stimulus lain seperti menonton tv, membaca koran, mendengarkan musik
7. Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri
8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

DaftarPustaka

Kusnanto, Suarilah, I., A., C. P., & W, A. S. (2016) Standart Prosedur Operasional Keperawatan Dasar. Journal Of Chemical Information And Modeling (Vol.53)

Lampiran 5 SOP

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 03
Tanggal Dibuat 30 Juli 2022	Tanggal Berlaku 30 Juli 2022	Nama Departemen Ruang Bedah	
Judul Teknik Relaksasi Nafas Dalam		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners A13		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Definisi</p> <p>Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah 2. Mengurangi rasa nyeri 3. Membantu dan meningkatkan relaksasi 4. Meningkatkan kualitas tidur 5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas <p>C. Indikasi</p> <p>Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis</p>			

D. Prosedur

1. Tahap pra interaksi
 - a. Membaca mengenai status pasien
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat
 - d. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien
 - e. Validasi kondisi pasien saat ini
 - f. Menjaga keamanan privasi pasien
 - g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga
2. Tahap kerja
 - a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
 - b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
 - c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
 - d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya

- e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
 - f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
 - g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
 - h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
 - i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
 - j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali
3. Tahap terminasi
- a. Evaluasi hasil gerakan
 - b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
 - c. Cuci tangan

Daftar Pustaka

Kusnanto, Suarilah, I., A., C. P., & W, A. S. (2016) Standart Prosedur Operasional Keperawatan Dasar. Journal Of Chemical Information And Modeling (Vol.53)