



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN FRAKTUR
FEMUR DI RUANGAN IRNA BEDAH TRAUMA CENTER
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

NADIA

NIM : 213110131

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2024



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN FRAKTUR
FEMUR DI RUANGAN IRNA BEDAH TRAUMA CENTER
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan*

NADIA

NIM : 213110131

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 204

BALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini disahkan oleh:

Nama : Nadia
NIM : 212110171
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangon Jrua Bahah Trauma Center RSUD. Dr. M. Diantil Padang Tahun 2024

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan pengaji dan diterima sebagai syarat persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

DEWAN PENGUJI :

Ketua Pengaji : Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MH

Pengaji : Ns. Sila Dewi Anagroni, S.Pd., M.Kep., Sp. KMH

Pengaji : Ns. Yuli Suryaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.MH

Pengaji : Ns. Netti, S.Kep.,M.Pd.,M.Kep

Ditandatangani di : Kementerian Poltekkes Padang

Tanggal : 13 Juni 2024

Mengesahkan,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang

Ns. Yuni Fadriani, S.Kep., M.Kep.

NIP. 99756121 199903 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Femur di Ruangannya Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan. Peneliti menyadari bahwa, penulisan Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna. Namun, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, peneliti kesulitan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat : Ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, M.Kep,Sp.MB selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Netti, S.Kep,M.Pd,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti ucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Hj. Tisnawati, S.Kep, S.ST, M.Kes selaku Pembimbing Akademik yang memotivasi peneliti selama perkuliahan dan menyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Kepada kedua orang tua terutama mama, papa tersayang dan kakak yang sudah mensupport selama ini sehingga peneliti bisa sampai ditahap ini. Terima kasih atas semua cinta yang telah diberikan kepada peneliti.

8. Keluarga Pati's Family yang selalu memberikan motivasi dan membantu peneliti selama perkuliahan, baik itu dukungan moral maupun material.
9. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi D-III Keperawatan padang yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti selama perkuliahan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman yang tidak bisa peneliti sebutkan namanya satu persatu yang selalu membantu dan mengingatkan peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 6 Juni 2024

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Rawat Bedah Trauma Center RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan (in pengaji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

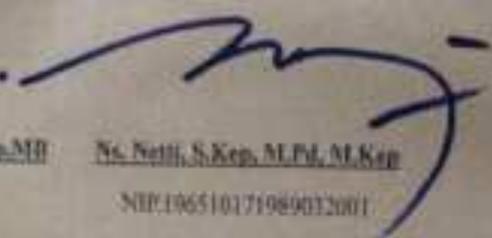
Padang, 6 Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II


Ns. Yosi Suryatinah, M.Kep., Sp.Kep.MD
NIP.197507182998032003


Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep
NIP.196510171989032001

Menyetujui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Kemenkes Poltekkes Padang


Ns. Yosi Fachrudini, M.Kep
NIP.1975012119990320

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : NADIA
Tempat, Tanggal lahir : Padang, 07 Maret 2002
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Alamat : Kampung Jua No. 42 RT 02 RW 04

Nama Orang Tua

Ayah : Nurvialdi (alm)
Ibu : Desnimar

Riwayat Pendidikan

| No. | Pendidikan | Tahun Lulus |
|-----|---------------------------|-------------|
| 1. | SD Negeri 11 Kampung Jua | 2009-2015 |
| 2. | SMP Negeri 24 Padang | 2015-2018 |
| 3. | SMA Negeri 4 Padang | 2018-2021 |
| 4. | Kemenkes Poltekkes Padang | 2021-2024 |

KALAMIAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Nama Lengkap | NADIA |
| NIM | 213110131 |
| Jenis Tanggal Lahir | Padang, 03 Maret 2002 |
| Tahun Masuk | 2021 |
| Nama PA | Ibu Hj. Liliawati, S.Kep, S.ST, M.Kes |
| Nama Pembimbing Utama | Dr. Yoni Sugatindih, M.Kep, Sp.MD |
| Nama Pembimbing Pendamping | Dr. Nanti, S.Kep, M.Pi, M. Kes |

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil karya tulis ilmiah saya, yang berjudul "Atakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Fraktur Tarsal Di Ruangau Iruu Setelah Trauma Cederai Rong Dr. M. Djamil Padang"

Apabila di kemudian hari ternyata terbukti adanya pelanggaran (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 03 Juni 2024

Yang Menyatakan



NADIA

NIM : 213110131

KEMENKES POLTEKKES PADANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024

Nadia

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Fraktur Femur Di Ruangannya Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang”

Isi : x + 68 Halaman + 1 Bagan + 1 Tabel + Lampiran

ABSTRAK

Fraktur femur merupakan terputusnya kontinuitas tulang paha akibat trauma. Di Indonesia kasus fraktur femur merupakan kasus tertinggi dengan prevalensi 39%, disusul fraktur humerus 15%, dan fraktur tibia fibula 11 %. Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruangannya Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan Januari sampai September 2023 ditemukan kasus fraktur femur sebanyak 93 orang. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur di ruangannya IRNA Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Jenis penelitian deskriptif dengan model studi kasus. Penelitian ini dilakukan bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024 di Ruangannya IRNA Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sampel penelitian 1 pasien dengan fraktur femur dipilih secara purposive sampling. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian KMB dan alat pemeriksaan fisik. Cara pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil penelitian pada Ny.T usia 64 tahun didapatkan pasien *Pre Op* dengan keluhan nyeri dibagian panggul dan paha, keterbatasan gerak, sulit tidur, dan cemas dengan kondisinya. Diagnosis keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, ansietas. Keluhan saat *post op* ditemukan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, sulit menggerakkan kaki, dan luka yang tertutup verban. Diagnosis keperawatan yang muncul *post op* yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi. Implementasi keperawatan yang diberikan sesuai dengan intervensi yaitu manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi, dukungan tidur, reduksi ansietas. Evaluasi keperawatan pada hari ke 10 didapatkan nyeri teratasi, mobilitas fisik, dan tingkat infeksi teratasi sebagian. Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi RSUP Dr. M.Djamil Padang terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur.

Kata kunci : fraktur femur, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 28 (2013-2023)

MINISTRY OF HEALTH OF PADANG POLYTECHNIC

D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG

Scientific Paper, June 2024

Nadia

"Nursing Care for Patients with Femur Fractures in the Irna Surgery Room Trauma Center of Dr. M. Djamil Padang Hospital"

Contents: x + 68 Pages + 1 Chart + 1 Table + Appendices

ABSTRACT

Femur fracture is the discontinuity of the femur due to trauma. In Indonesia, femur fracture cases are the highest case with a prevalence of 39%, followed by humerus fractures at 15%, and fibula tibia fractures at 11%. Based on data obtained from the Trauma Center Room of Dr. M Hospital. Djamil Padang from January to September 2023 found cases of femur fractures as many as 93 people. The purpose of the study is to describe nursing care in patients with femur fractures in the IRNA Surgery Trauma Center room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.

A type of descriptive research with a case study model. This research was conducted from August 2023 to June 2024 in the IRNA Surgery Room Trauma Center of Dr. M. Djamil Padang Hospital. The study sample of 1 patient with femur fracture was selected by purposive sampling. The data collection instrument uses the KMB assessment format and physical examination tools. The method of data collection is by means of interviews, observations, and documentation studies.

The results of the study on Mrs. T aged 64 years were obtained by Pre Op patients with complaints of pain in the pelvis and thighs, limited movement, difficulty sleeping, and anxiety about her condition. The nursing diagnoses that emerged were acute pain, physical mobility disorders, sleep pattern disorders, and anxiatas. Complaints during the post op were found that patients complained of pain in the surgical wound, difficulty moving the legs, and wounds that were covered with verban. Nursing diagnoses that appear post op are acute pain, impaired physical mobility, risk of infection. The implementation of nursing provided is in accordance with the interventions, namely pain management, mobilization support, infection prevention, sleep support, anxiety reduction. The nursing evaluation on the 10th day found that the pain was resolved, physical mobility, and the infection rate was partially resolved. It is hoped that this research can be useful for Dr. M. Djamil Padang Hospital, especially nurses in providing nursing care to patients with femur fractures.

Keywords: femur fracture, nursing care

Bibliography : 28 (2013-2023)

DAFTAR ISI

| | |
|--|----------|
| HALAMAN PENGESAHAN..... | i |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iv |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... | v |
| HALAMAN ORISINALITAS | vi |
| ABSTRAK | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 7 |
| BAB 2 PEMBAHASAN | 8 |
| A. Konsep Penyakit | 8 |
| 1. Definisi | 8 |
| 2. Etiologi | 8 |
| 3. Klasifikasi | 9 |
| 4. Manifestasi Klinis | 12 |
| 5. Patofisiologi | 13 |
| 6. WOC | 16 |
| 7. Penatalaksanaan | 17 |
| 8. Pemeriksaan Penunjang | 19 |
| 9. Komplikasi | 19 |
| B. Konsep Asuhan Keperawatan | 20 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 20 |
| 2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan | 26 |
| 3. Perencanaan Keperawatan | 28 |
| 4. Implementasi | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Evaluasi | 34 |
| BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN | 35 |
| A. Jenis dan Desain Penelitian | 35 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian | 35 |
| C. Populasi dan Sampel | 35 |
| D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data | 36 |
| E. Metode Pengumpulan Data | 37 |
| F. Jenis-Jenis Data | 38 |
| G. Prosedur Penelitian | 38 |
| H. Rencana Analisis | 39 |
| BAB 4 PEMBAHASAN | 40 |
| A. Deskripsi Lokasi Penelitian..... | 40 |
| B. Deskripsi Kasus | 40 |
| C. Pembahasan | 51 |
| BAB 5 PENUTUP..... | 67 |
| A. Kesimpulan | 67 |
| B. Saran | 68 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Gantchart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 4. Surat Izin Survey Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes
Kemenkes Padang
- Lampiran 5. Surat Izin Survey Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil.
Padang
- Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil. Padang
- Lampiran 8. Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9. Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 11. Laporan Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan kerusakan atau terputusnya kontinuitas susunan jaringan tulang yang terjadi karena adanya trauma serta tekanan internal maupun eksternal yang lebih besar daripada daya tahan yang diserap oleh tulang (Asikin, 2016). Daya tahan yang diserap dapat menentukan kerusakan tulang, jaringan lunak disekitar tulang, dan kondisi fraktur tersebut (Suriya & Zuriati, 2019).

Penyebab terbanyak terjadinya fraktur adalah kecelakaan lalu lintas (Sembiring & Ramadhany, 2020). Selain itu fraktur juga disebabkan oleh trauma langsung berkekuatan tinggi, penyakit patologis seperti Ca tulang dan osteoporosis, dan adanya penarikan otot-otot gastrocnemius (Hermanto, Isro'in & Saiful, 2020). Ahmad (2020) dalam penelitiannya mengatakan bahwa prevalensi penyebab fraktur karena trauma sebanyak 72,7% dan penyakit patologis sebanyak 27,3%.

Badan Pusat Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 menjelaskan bahwa angka kejadian fraktur sebanyak lebih dari 13 juta jiwa dengan angka prevalensi sebesar 2,7%, pada tahun 2020 kejadian fraktur mengalami penurunan dari tahun sebelumnya. Namun, WHO tahun 2023 menjelaskan bahwa data kejadian fraktur dari tahun 2000-2019 sebanyak lebih dari 15 juta jiwa dengan prevalensi sebesar lebih dari 10%.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh *Chinese National Fracture Survey* (CNFS) memperoleh data kasus fraktur sebanyak lebih dari 80% disebabkan oleh *low-energy*. Penelitian yang dilakukan di Jepang berdasarkan *The National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan*, kasus fraktur femur yang disebabkan oleh patologis tulang seperti osteoporosis sebanyak 17,7% kasus (Ahmad, 2020).

Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 di Indonesia penyebab terbanyak fraktur yaitu cedera dengan jumlah 92.976 orang. Pada tahun 2018 kasus cedera mencapai 9,2%. Di Indonesia bagian anggota tubuh terbanyak yang mengalami cedera yaitu anggota gerak bawah dengan prevalensi 67,9%, anggota gerak atas sebanyak 32,7%, kepala sebanyak 11,9%, punggung sebanyak 6,5%, dada sebanyak 2,6% dan perut sebanyak 2,2%. Angka kejadian fraktur secara umum di Indonesia sekitar 5,5%, khususnya di Sumatera Barat kejadian fraktur sekitar 5,6% dari kejadian fraktur di Indonesia.

Fraktur terdiri dari beberapa klasifikasi diantaranya berdasarkan sifat fraktur (fraktur terbuka dan fraktur tertutup). Berdasarkan posisi fraktur (1/3 proksimal, 1/3 medial, 1/3 distal). Sedangkan berdasarkan tempat lokasi fraktur terdiri dari fraktur femur, humerus, tibia, clavicula, ulna, radius, cruris dan yang lainnya (Suriya & Zuriati, 2019). Di Indonesia, kasus fraktur femur merupakan kasus tertinggi dengan prevalensi 39%, disusul patah tulang humerus (15%) dan patah tulang tibia dan fibula (11%) (Risnah, Risnawati, dkk, 2019).

Fraktur femur merupakan retakan atau patahan pada tulang paha dapat berupa fraktur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak atau fraktur tertutup tanpa adanya kerusakan jaringan lunak (Noor, 2016). Fraktur femur sendiri terdiri dari fraktur intertrokhanter femur, subtrokhanter femur, fraktur batang femur, suprakondiler, fraktur interkondiler, dan fraktur kondiler femur. (Helmi,2013). Menurut penelitian Rachman & Rusjdi (2023) jenis fraktur femur tertutup paling banyak ditemukan (91,6%) dibandingkan fraktur femur terbuka (8,4%). Berdasarkan lokasi fraktur femur paling sering terjadi adalah di corpus femoris berjumlah 30 kasus (31,6%), collum femoris 29 kasus (30,5%), intertrokanter 22 kasus (23,2%). Sedangkan menurut penelitian Jusaf & Balatif (2021) lokasi fraktur femur paling sering terjadi subtrokanter femur (25,9%), dan batang femur (14,8%).

Manifestasi fraktur femur yaitu adanya nyeri, pembengkakan, deformitas, memar (ekimosis), spasme otot, ketegangan, kehilangan fungsi, gerakan abnormal dan krepitasi, perubahan neurovaskuler, dan syok (M. Black & Hawks, 2014). Selain itu, tanda dan gejala fraktur seperti mati rasa dan kesemutan, masalah pergerakan anggota tubuh (Haryono & Utami, 2020).

Berdasarkan manifestasi yang disebabkan oleh fraktur, maka berdampak terhadap fisik, psikologis, sosial, dan spiritual penderita. Dampak fisik dari fraktur yaitu nyeri yang mengganggu, keterbatasan rentang gerak dan pergerakan lambat sehingga membutuhkan bantuan orang lain untuk beraktivitas. Menurut penelitian Permatasari (2022) jika tidak segera ditangani banyak masalah yang dapat timbul akibat fraktur, seperti trauma pembuluh darah, komplikasi pada tulang dan dapat menimbulkan emboli tulang. Komplikasi yang dapat terjadi seperti delayed union, non union, mal union, perbedaan panjang tungkai. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting untuk mengatasi dampak fisik yang terjadi dapat dilakukan dengan cara menerapkan prinsip penatalaksanaan fraktur.

Penatalaksanaan fraktur terdiri dari reduksi, retensi, dan rehabilitasi. Rehabilitasi yaitu mengembalikan aktivitas fungsi tubuh secara optimal, pada rehabilitasi ini perawat sangat berperan penting dalam mengajari pasien untuk melakukan mobilisasi atau latihan rentang gerak. Latihan yang dapat diberikan kepada pasien yaitu ROM yang dilakukan secara bertahap. ROM bertujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk tulang, mencegah kekakuan sendi, dan memperbaiki tonus otot (Haryono & Utami, 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Boangmanalu (2023) melalui penelusuran *Literatur Review* menyimpulkan bahwa latihan mobilisasi dini lebih baik segera dilakukan yang dimulai pada 2-6 minggu pasca operasi untuk mengurangi kontraktur sendi, atrofi otot, atrofi tulang, dan membantu untuk kembali beraktivitas lebih awal.

Proses asuhan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien fraktur femur yaitu mulai dari pengkajian, pendiagnosisan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, yang terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Asikin, 2016). Secara teori masalah keperawatan yang muncul pada kasus fraktur femur yaitu nyeri akut, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit/jaringan, hipovolemia, risiko syok (Suriya & Zuriati, 2019).

Fauzi (2023) menjelaskan dalam penelitiannya tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, ansietas. Intervensi nyeri yang dilakukan oleh peneliti yaitu melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan pasien untuk mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi mural. Untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu mengajarkan melakukan mobilisasi dini seperti ROM pasif dan ROM aktif serta melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Penelitian Disiana (2020) tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang masalah keperawatan yang muncul terdiri dari *pre Op* yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, ansietas. Sedangkan masalah keperawatan *Post Op* yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, ansietas, dan risiko infeksi.

RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit terakreditasi A sebagai Rumah Sakit Pusat Rujukan Pemerintah untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah yang berada di Provinsi Sumatera Barat, Kota Padang. Selain itu, rumah sakit ini juga berperan sebagai rumah sakit pendidikan, salah satunya Poltekkes Kemenkes RI Padang untuk melakukan praktek lapangan dan penelitian. Berdasarkan hasil data Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, jumlah pasien fraktur femur dari tahun 2020 sebanyak 91 orang, pada tahun

2021 sebanyak 146 orang, dan pada tahun 2022 sebanyak 168 orang. Data yang diperoleh dari Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu dari bulan Januari sampai September 2023 kasus fraktur femur sebanyak 93 orang. Pada tahun 2020 sampai 2022 kasus fraktur femur mengalami peningkatan, namun tahun 2023 mengalami penurunan. Walaupun menurun dampak yang ditimbulkan fraktur femur cukup berbahaya jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat. Hal ini dikarenakan fraktur femur merupakan kasus kegawatdaruratan trauma.

Survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 4 Oktober 2023 di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang, ada 3 orang pasien dengan fraktur femur, Tn. A, Tn.E kedua pasien ini sedang dilakukan tindakan pembedahan di ruang operasi dan Tn. M (38 th) dijadwalkan 1 hari lagi untuk operasi pemasangan ORIF. Diagnosa medis *Close of Right Intertrochanter femur + Close of Left Middle Shaft Femur*, Tn.M mengalami kecelakaan tunggal dan terpental ke jalan pada tanggal 28 September 2023. Pasien rujukan dari RSUD Teluk Kuantan pada tanggal 30 September 2023. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh badan pegal-pegal, sulit menggerakkan panggul, pasien bedrest. Dari hasil observasi Tn. M tampak kesulitan menggerakkan ekstermitas bagian bawah, rentang gerak menurun, gerakan terbatas dan Tn. M tampak lemah, luka memar di area fraktur, pasien terpasang infus RL. Masalah keperawatan yang diangkat oleh perawat ruangan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik femur. Sedangkan berdasarkan SDKI (2018) masalah keperawatan yang dapat diangkat pada pasien fraktur femur yaitu Nyeri Akut, Gangguan Mobilitas Fisik, dan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan. Masalah keperawatan yang diatasi oleh perawat ruangan adalah nyeri akut sehingga pasien mendapatkan obat anti nyeri yaitu ketorolac.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti telah melakukan penelitian tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang muncul yaitu Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- d. Mendeskripsikan melaksanakan tindakan keperawatan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a) Peneliti

Penelitian ini dapat membantu peneliti meningkatkan pengetahuan, wawasan, pengalaman, dan keterampilannya saat melakukan penelitian mengenai asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur.

b) Lokasi penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan serta saran dalam meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang

c) Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada kasus fraktur femur.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Fraktur adalah istilah untuk setiap retakan atau patahan pada tulang akibat dari trauma yang terdapat tekanan berlebihan, sehingga terjadinya diskontinuitas tulang dan atau tulang rawan, baik bersifat total atau sebagian (Iswari, 2016).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak dan bahkan kontraksi otot ekstrem sehingga tulang tidak mampu menahan tekanan yang diberikan kepadanya, sehingga juga terjadinya kerusakan pada jaringan di sekitar tulang seperti edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf dan kerusakan pembuluh darah (Bararah & Jauhar, 2013).

Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang pah, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang dapat disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Noor,2016)

2. Etiologi

Penyebab fraktur ada dua yaitu ekstrinsik dan intrinsik. Penyebab ekstrinsik terjadi karena adanya trauma langsung seperti cedera kecelakaan di jalan raya dan jatuh dari ketinggian, serta trauma tidak langsung seperti gaya lentur, regangan torsional, gaya kompresi, dan gaya geser. Sedangkan penyebab intrinsik terjadi karena daya tahan tulang tidak adekuat seperti kapasitas absorbs dari tekanan, elastisitas, kelalahan, dan kepadatan atau kekerasan tulang (Haryono, 2020).

Menurut (Bararah & Jauhar, 2013) penyebab fraktur yaitu

a. Trauma

Yaitu terjadi karena kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian dengan posisi berdiri/duduk sehingga terjadi fraktur.

b. Fraktur patologik

Yaitu fraktur yang terjadi karena metastase dari tulang akibat tumor dan kanker, osteoporosis.

c. Degenerasi

Yaitu terjadi karena proses penuaan dan penyakit tulang sehingga mengalami penurunan efisiensi dalam sel, jaringan, atau organ.

d. Fraktur spontan

Yaitu terjadi karena spasme otot, tarikan otot yang sangat kuat.

e. Fraktur beban atau kelelahan

Yaitu terjadi akibat tekanan yang berulang-ulang dan pada orang-orang yang menambah tingkat aktivitas mereka seperti baru diterima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan berat/lari (Suriya & Zuriati, 2019).

3. Klasifikasi

Menurut (Suriya dan Zuriati, 2019) ada beberapa klasifikasi fraktur antara lain :

a. Berdasarkan lokasi fraktur femur

Terdiri dari fraktur intertrokhanter femur, fraktur subtrokhanter femur, dan fraktur batang femur.

1) Fraktur Intertrokhanter Femur

Fraktur intertrokhanter adalah patah tulang yang bersifat ekstrakapsular dari femur. Sering terjadi pada lansia dengan kondisi osteoporosis. Pada umumnya memiliki riwayat trauma akibat jatuh dan memberikan trauma langsung pada trokhanter mayor. Pada beberapa kondisi, cedera secara memuntir memberikan fraktur tidak langsung pada intertrokhanter. Pemeriksaan radiografik biasanya sudah dapat menentukan

diagnosis fraktur intertrochanter stabil atau yang tidak stabil. Penatalaksanaan sebaiknya dengan reduksi terbuka dan pemasangan fiksasi interna. Intervensi konservatif hanya dilakukan pada penderita yang sangat tua dan tidak dapat dilakukan dengan anestesi general.

2) Fraktur Subtrochanter Femur

Fraktur subtrochanter femur ialah fraktur di mana garis patahnya berada 5 cm distal dari trochanter minor. Fraktur jenis ini dibagi dalam beberapa klasifikasi yaitu :

- a) Tipe 1: garis fraktur satu level dengan trochanter minor.
- b) Tipe 2: garis patah berada 1-2 inci di bawah dari batas atas trochanter minor.
- c) Tipe 3: garis patah berada 2-3 inci di distal dari batas atas trochanter minor.

3) Fraktur Batang Femur

Fraktur batang femur biasanya terjadi karena trauma langsung akibat kecelakaan lalu lintas di kota-kota besar atau jatuh dari ketinggian. Patah pada daerah ini dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak, mengakibatkan penderita jatuh dalam syok, salah satu klasifikasi fraktur batang femur dibagi berdasarkan adanya luka yang berhubungan dengan daerah yang patah. Secara klinik fraktur batang femur dibagi dalam fraktur batang femur terbuka dan tertutup.

b. Berdasarkan komplit dan inkomplit fraktur

- 1) Fraktur komplit yaitu fraktur yang garis patahannya melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang
- 2) Fraktur inkomplit yaitu fraktur yang garis patahannya tidak melalui seluruh garis penampang tulang.

c. Berdasarkan posisi fragmen

- 1) Fraktur *Undisplaced* (tidak bergeser) yaitu garis patah lengkap tapi kedua ligament tidak bergeser dan periosteum masih utuh.

- 2) Fraktur *Displaced* (bergeser) yaitu terjadi pergeseran fragmen tulang yang disebut lokasi fragmen.

d. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan)

1) Fraktur tertutup

Yaitu tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar yang disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Ada 4 klasifikasi fraktur tertutup berdasarkan kerusakan jaringan lunak sebagai berikut :

- a) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
- b) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
- d) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

2) Fraktur terbuka

Bila terdapat hubungan antara hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit.

- a) Grade I: dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur simpletransverse dan fraktur obliq pendek.
- b) Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan adakontaminasi.
- c) Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.

e. Berdasarkan posisi fraktur

Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian :

- a) 1/3 proksimal
- b) 1/3 medial

c) 1/3 distal

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala fraktur menurut (Bararah & Jauhar, 2013) yaitu :

a. Deformitas

Posisi abnormal tulang karena trauma dan spasme otot menyebabkan pendekatan tungkai sehingga tulang kehilangan bentuk normalnya (LeMone, 2016).

b. Nyeri

Nyeri yang dirasakan saat terjadi fraktur karena spasme otot, patahan tulang saling bersentuhan, atau kerusakan jaringan di sekitar fraktur, tekanan saraf, gerakan tulang yang mengalami fraktur (LeMone, 2016). Nyeri akan dirasakan jika neurologis pasien masih baik dan meningkat jika fraktur tidak di imobilisasi.

c. Krepitasi

Bunyi persendian akibat dari gesekan antara tulang dan otot, tulang dan tulang, tulang dan tendon.

d. Pembengkakan

Edema dari lokalisasi cairan serosa dan perdarahan.

e. Peningkatan temperatur lokal

f. Pergerakan abnormal

Yaitu pergerakan yang terjadi pada bagian-bagian yang kondisi normalnya tidak terjadi pergerakan.

g. Echymosis

Ekstravasasi darah ke dalam jaringan subkutan.

h. Kehilangan fungsi

Yaitu terjadi karena ketidakstabilan tulang yang pata, nyeri atau spasme otot, paralysis dapat terjadi karena kerusakan syaraf.

i. Kemungkinan lain

Seperti syok hipovolemik karena perdarahan, baal karena kerusakan saraf atau penjeratan saraf.

5. Patofisiologi

Fraktur disebabkan oleh trauma langsung, trauma tidak langsung, dan fraktur patologis yang dapat melamahkan tulang sehingga tulang tidak dapat menahan tekanan serta fraktur stress disebabkan oleh trauma terus-menerus pada suatu tempat tertentu (Noor,2016).

Apabila tulang paha terkena trauma langsung berupa pukulan, maka tulang paha dapat patah pada tempat yang terkena trauma dan disertai kerusakan jaringan lunak. Sedangkan apabila tulang paha terkena trauma tidak langsung, maka posisi fraktur jauh/berbeda dengan tempat terjadinya trauma dan berkemungkinan tidak disertai kerusakan jaringan lunak. Keperahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka hanya terjadi keretakan pada tulang, jika gayanya sangat ekstrem, maka tulang dapat pecah berkeping-keping sehingga keadaan frakturnya akan lebih buruk(Helmi,2012).

Fraktur bisa terjadi secara terbuka atau tertutup. Fraktur terbuka terjadi apabila terdapat luka yang menghubungkan tulang yang fraktur dengan udara luar atau permukaan kulit, sedangkan fraktur tertutup terjadi apabila kulit yang menyelubungi tulang tetap utuh. Fraktur terjadi ketika kekuatan ringan atau minimal mematahkan area tulang yang dilemahkan oleh gangguan (misalnya, osteoporosis, kanker, infeksi, dan kista tulang) (Haryono, 2020).

Ketika patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematoma pada kanal medul antara tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur (Suriya & Zuriati, 2019).

Selain itu, periosteum dan pembuluh darah di korteks serta sumsum dari tulang yang patah juga terganggu. Sering terjadi cedera jaringan lunak. Perdarahan terjadi karena cedera jaringan lunak atau cedera pada tulang itu sendiri. Pada saluran sumsum (medula), hematoma terjadi di antara fragmen-fragmen tulang dan di bawah periosteum (LeMone, 2016).

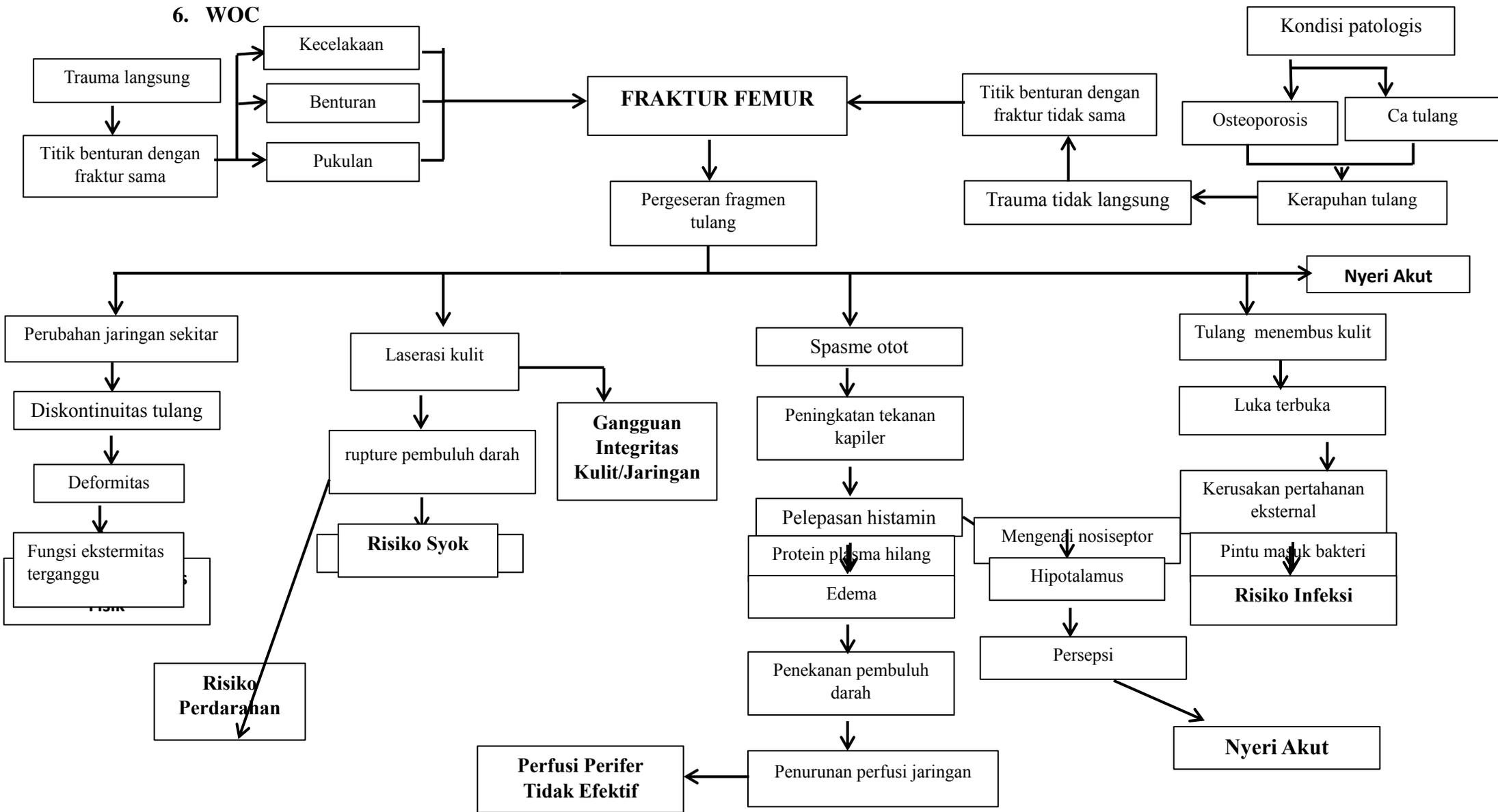
Hematom yang terbentuk biasa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk kedalam pembuluh darah yang mensuplai organ-organ yang lain. Hematom menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke interstitial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung syaraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan sindrom compartment (Suriya & Zuriati, 2019).

Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat terjadinya fraktur. Fagositosis pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Jejas yang di timbulkan karena adanya fraktur menyebabkan rupturnya pembuluh darah sekitar, yang akan menyebabkan perdarahan. Respon dini terhadap kehilangan darah merupakan kompensasi tubuh, sebagai contoh vasokonstriksi progresif dari kulit, otot, dan sirkulasi viseral. Karena ada cedera, respon terhadap berkurangnya volume darah yang akut adalah peningkatan detak jantung, pelepasan ketokolamin endogen, yang akan meningkatkan tahanan pembuluh perifer.

Ketika fraktur, pembuluh darah dalam tulang dan jaringan lunak disekitarnya robek dan mulai berdarah, membentuk hematoma. Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai

dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang (Suriya & Zuriati, 2019).

6. WOC



Sumber : (Haryono, 2020) (LeMone,2016) (Suriya&Zuriati,2019) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

7. Penatalaksanaan

Menurut Haryono & Utami, 2020 penatalaksanaan fraktur yaitu :

a. Reduksi

Bertujuan untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian memanipulasinya untuk mengembalikan kesejajaran garis normal.

Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi tersebut yaitu pen, kawat, skrup, dan plat dipasang melalui pembedahan *Open Reduction Internal Ficsation (ORIF)*.

b. Retensi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan dengan cara pemasangan plat atau traksi untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur.

c. Rehabilitasi

Yaitu pengembalian aktivitas fungsional seoptimal mungkin.

Menurut Smeltzer & Bare (2018) ada 5 tahapan penyembuhan fraktur yaitu :

1) Fase inflamasi

Respon tubuh terhadap cedera yang ditandai adanya perdarahan dan hematoma di area fraktur, lalu ujung fragmen tulang mengalami divalitisasi karena terputusnya aliran darah sehingga terjadi pembengkakan dan nyeri. Fase ini terjadi dalam beberapa hari sampai 2-3 minggu.

2) Fase proliferasi

Fase ini hematoma akan mengalami organisasi dan membentuk benang-benang fibrin, membentuk revaskularisasi dan invasi fibroblast dan osteoblast. Kemudian menghasilkan kolagen pada

fraktur, terbentuk jaringan ikat fibrus dan tulang rawan berlangsung pada hari ke-5

3) Fase pembentukan kalus

Osteoblast, sel pembentuk tulang, berpoliferasi dan bermigrasi ke lokasi fraktur membentuk kalus fibrokartilaginosa. Osteoblast membentuk jejaring serat kolagen dari kedua sisi fraktur yang akan menggabungkan fragmen tulang sehingga tulang membelat tulang. Kondroblas membentuk potongan kartilago yang memberi dasar untuk pertumbuhan tulang. Fase ini berlangsung selama 3-4 minggu agar tulang terhubung

4) Fase penulangan kalus/ossifikasi

Osteoblast terus berpoliferasi dan menyintesis serta kolagen dan matriks tulang secara bertahap memineralisasi kalsium garam mineral untuk membentuk massa spons tulang beranyam. Trabekula tulang beranyam menjembatani fraktur. Osteoklas bermigrasi ke tempat perbaikan dan mulai membentuk cadangan tulang dalam kalus. Pembentukan kalus tulang biasanya berlangsung selama 2-3 bulan.

5) Fase remodeling/konsolidasi

Osteoblast terus membentuk tulang beranyam baru yang diatur ke dalam struktur lamella tulang padat. Osteoklas meresopsi kelebihan kalus karena digantikan dengan tulang matur. Seiring dengan penyembuhan tulang dan terpajan pada stress mekanis pada penggunaan setiap hari, osteoblast dan osteoklas berespons dengan romeding tempat perbaikan disepanjang garis tekanan. Hal ini memastikan bahwa bagian tulang yang sembuh pada akhirnya menyerupai struktur bagian yang tidak mengalami cedera. Romeding ini berlangsung selama berbulan-bulan sampai bertahun-tahun.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostic yang biasanya dilakukan pada kasus fraktur yaitu (Haryono & Utami, 2020):

- 1) Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur
- 2) Scan tulang, tomogram atau CT/MRI scan untuk memperlihatkan fraktur secara lebih jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- 3) Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- 4) Hitung darah lengkap. Hemokonsentrasi mungkin meningkatkan atau menurun pada peradaban. Selain itu, peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respons terhadap peradangan.
- 5) Kreatinin. Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
- 6) Profil koagulasi yaitu perubahan terjadi pada kehilangan darah, transfuse atau cedera organ hati.

9. Komplikasi

Komplikasi yang disebabkan oleh fraktur terdiri dari 2 yaitu komplikasi jangka pendek dan komplikasi jangka panjang (Haryono & Utami, 2020).

a. Komplikasi jangka pendek yang terjadi yaitu

1) Perdarahan

Terjadi karena kerusakan jaringan lunak disekitar tulang yang mengenai pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan perdarahan.

2) Cedera vascular

Terjadi karena pembuluh darah terganggu sehingga suplai darah berkurang dapat menyebabkan iskemia ekstermitas distal

3) Emboli lemak

Terjadi karena robeknya jaringan lemak akibat fraktur hingga masuk ke dalam aliran darah dan menyumbat pembuluh darah.

4) Sindrom kompartement

Terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Hal ini akibat dari tekanan dari perdarahan internal atau edema yang dapat menyebabkan aliran darah ke otot dan saraf berkurang sehingga otot dan saraf kekurangan nutrisi.

5) Infeksi.

Rusaknya sistem pertahanan tubuh akibat trauma pada jaringan. Infeksi terjadi dimulai pada kulit lalu masuk ke dalam karena adanya celah terutama pada fraktur terbuka.

b. Komplikasi jangka panjang yang terjadi yaitu

1) Delayed Union

Merupakan kegagalan fraktur menyambung tulang sesuai dengan waktu yang dibutuhkan untuk menyambung.

2) Non union

Merupakan penyembuhan tidak terjadi dalam waktu antara 4-6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya tidak akan terjadi.

3) Mal union

Merupakan penyembuhan tulang dalam bentuk abnormal atau meninggalkan kelainan bentuk pada tulang.

4) Perbedaan panjang tungkai

Perbaikan fraktur secara bedah dapat menyebabkan perbedaan panjang tungkai sehingga kesulitan dalam berjalan,

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Terdiri dari nama pasien, tempat dan tanggal lahir, nama ibu kandung, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat diagnosis medis.

- b. Identitas penanggung jawab
Terdiri dari nama, pekerjaan, alamat, hubungan
- c. Keluhan utama
Biasanya pasien datang ke rumah sakit karena terjatuh atau kecelakaan lalu lintas dengan keluhan nyeri pada ekstermitas bagian bawah (Wahid, 2013). Pengkajian nyeri dapat menggunakan PQRS untuk menentukan intensitas nyeri.
- d. Riwayat Kesehatan Sekarang
Pre Op : Pada umumnya pasien fraktur mengalami kerusakan jaringan disekitar tulang, perdarahan, nyeri akut, bengkak, pucat, berubahnya warna kulit di sekitar fraktur dan bahkan ekstermitas bagian bawah tidak ada rasa. Selain itu, menanyakan kronologi terjadinya trauma atau penyakit sehingga dapat menentukan keadaan fraktur.
Post Op : Pada umumnya pasien fraktur setelah operasi pemasangan fiksasi terdapat jahitan luka, pasien mengeluh nyeri dan kadang merasa panas pada daerah operasi yang menyebabkan tidur terganggu.
- e. Riwayat Kesehatan Dahulu
Pada pengkajian ini kemungkinan ditemukan pasien fraktur memiliki riwayat penyakit komplikasi yang dapat menghambat pertumbuhan tulang. Penyakit yang dimaksud yaitu Ca tulang, dan penyakit paget's yang dapat menyebabkan fraktur patologis kesulitan dalam proses penyambungan tulang. Selain itu, obesitas dan penyakit DM juga dapat menghambat degenerasi dan mobilitas pasien.
- f. Riwayat Kesehatan Keluarga
Menanyakan kepada pasien mengenai riwayat kesehatan keluarga yang berhubungan dengan penyakit genetik yang merupakan faktor predisposisi terjadinya fraktur seperti Diabetes melitus, osteoporosis, osteosarkoma (Wahid,2013). Serta penyakit menular yang dapat menghambat pemulihan fraktur seperti HIV dan tuberkulosis.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

Menurut (Wahid, 2013) sebagai berikut ;

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada umumnya pasien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang.

3) Pola eliminasi

Pengkajian eliminasi BAK dengan menanyakan frekuensi, kepekatan, bau, warna, dan jumlah urin. melihat frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada eliminasi. Pengkajian eliminasi feses dengan menanyakan frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses. Pada kedua pola ini juga dikaji adakah kesulitan atau tidaknya dalam BAB maupun BAK.

4) Pola istirahat dan tidur

Pada umumnya pola tidur dan istirahat mengalami gangguan karena nyeri yang dirasakan akibat fraktur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Pre Op : Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan gerak, yang disebabkan oleh fraktur femur sehingga kebutuhan pasien akan di bantu oleh orang lain.

Post Op : Aktivitas dan latihan pasien biasanya semua dibantu sehingga pemenuhan kebutuhan pasien akan dibantu oleh orang lain dan menggunakan kruk sebagai alat bantu berjalan.

6) Pola bekerja

Pada pasien fraktur akan terganggu atau tidak dapat bekerja lagi karena keterbatasan rentang gerak.

h. Pemeriksaan fisik (head to toe)

1) Keadaan umum ;

a) Kesadaran

Pada umumnya apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan pasien.

b) Kesakitan, keadaan penyakit kasus fraktur biasanya akut.

c) Tanda-tanda vital tidak normal

karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

2) Secara sistemik (heat to toe)

a) Sistem integumen

Terdapat erytoma, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, nyeri tekan.

b) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, norma chepalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

c) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

d) Muka

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, tak edema.

e) Mata

Kalau fraktur tertutup konjungtiva tidak anemis, fraktur terbuka konjungtiva akan anemis (pucat).

f) Telinga

Tidak ada lesi dan nyeri tekan, kadang terjadi benturan yang berakibat perdarahan.

g) Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung, apabila terjadi benturan akan mengakibatkan perdarahan pada hidung.

h) Mulut dan faring

Tidak ada pembesaran tonsil, gusi, tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

i) Thoraks

Tak ada gerakan otot dada intercostae, gerakan dada simetris.

j) Paru-paru

Inspeksi

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

Palpasi

Pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.

Perkusi

Suara ketok sonor, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

Auskultasi

suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

k) Jantung

Inspeksi

Tidak nampak iktus cordis

Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur

l) Abdomen

Inspeksi

Bentuk datar, simetris dan tidak ada hernia.

Palpasi

Tugor baik, tidak ada defans muskuler, hepar tidak teraba.

Perkusi

Suara thympani, ada pantulan gelombang cairan.

Auskultasi

Peristaltik usus normal lebih kurang 20 kali/menit.

m) Genetalia

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran lymhe, tak ada kesulitan BAB

i. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Wahid,2013), pemeriksaan radiologi pada pasien dengan fraktur meliputi :

1) Pemeriksaan radiologi

a) X-ray

Sebagai penunjang pemeriksaan yang penting adalah “pencitraan” menggunakan sinar rotrgrn (X-ray). untuk mendapatkan gambaran tiga dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan patologis yang dicari karena adanya super posisi. Perlu disadari permintaan X-ray harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan. Selain foto polos X-ray (plane X-ray) mungkin perlu teknik hkhususnya seperti :

- i) Temografi : menggambarkan tidak satu struktur saja tapi struktur lain tertutup yang sulit di visualisasikan. Pada kasus ini di temukan kerusakan struktur yang

kompleks dimana tidak pada struktur juga mengalaminya.

- ii) Myelografi : menggambarkan cabang-cabang saraf spinal dan pembuluh darah di ruang vertebrae yang mengalami kerusakan akibat trauma.
- iii) Arthrografi : menganggambarkan jaringan ikat yang rusak karena rudal paksa.
- iv) Computed Tomografi-scanning : menggambarkan potongan secara transversal dari tulang dimana didapatkan suatu struktur tulang yang rusak.

b) Scan tulang, tonogram, CT-Scan/MRI

Memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c) Arteriogram

Menggambarkan jaringan-jaringan ikat yang merusak karena rudal paksa.

2) Pemeriksaan Laboratorium pada pasien dengan fraktur meliputi:

a. Kalsium serum dan fosfat

Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

b. Alkalin fosfat

Alkalin fosfat meningkat pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastik dalam pembentukan tulang.

c. Enzim otot

Enzim otot selain kretinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5), aspartat amino Transferase (AST), aldolase yang meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

d. Hitung darah lengkap

Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada

trauma multipel) peningkatan jumlah SDP adalah respon stress normal setelah trauma.

e. Profit koagulasi

Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple.

2. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosis keperawatan yang lazim dijumpai pada klien fraktur adalah (SDKI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (trauma) (D.0077).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054).
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kehilangan volume jaringan (D.0009)
- d. Risiko perdarahan berhubungan dengan trauma (D.0012)
- e. Risiko Syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan (D.0039).
- f. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) (D.0129).
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (D.0124).

3. Perencanaan Keperawatan

| No | Diagnosis Keperawatan | SLKI | SIKI |
|----|---|--|---|
| 1. | <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. Menghindar dari lokasi nyeri. 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat. 6. Sulit tidur. <p>Gejala dan tanda minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat. 2. Nafsu makan berubah. 3. Berfokus pada diri sendiri | <p>Tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat. 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun. 6. Ketegangan otot menurun. 7. Nafsumakan menurun. | <p>Manajemen nyeri (L. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup . 8. Monitor keberhasilan terapi koplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam). 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | | <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. |
| 2. | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit mengerjakan ekstermitas. 2. Kekuatan otot menurun. 3. Rentang gerak (ROM) menurun. <p>Gejala dan tanda minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan. 3. Merasa cemas saat bergerak. 4. Sendi kaku. | <p>Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan terbatas menurun. 5. Kelemahan fisik menurun. | <p>Dukungan ambulansi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi . 2. Anjurkan melakukan |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | <p>5. Gerak tidak terkoordinasi.</p> <p>6. Gerak terbatas.</p> <p>7. Fisik lemah.</p> | | <p>ambulansi dini.</p> <p>3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda).</p> |
| 3. | <p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <p>1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit.</p> <p>Tanda dan gejala minor</p> <p>1. Nyeri</p> <p>2. Perdarahan</p> <p>3. Kemerahan</p> <p>4. Hematoma</p> | <p>Integritas kulit dan jaringan meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Perfusi jaringan meningkat.</p> <p>2. Karusakan jaringan menurun.</p> <p>3. Kerusakan lapisan kulit mnurun.</p> <p>4. Perdarahan menurun.</p> <p>5. Nekrosos menurun.</p> <p>Tekstur membaik</p> | <p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau).</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan.</p> <p>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu.</p> <p>3. Bersihkan jaringan nekrotik.</p> <p>4. Berikan salep yang sesuai di kulit/lesi, jika perlu.</p> <p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka.</p> <p>6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka.</p> <p>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>9. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kkBB/hari.</p> <p>10. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vitamin A, vitamin C, Zink, Asam amino), sesuai indikasi.</p> |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | | <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Anjurkan mengosumsi makanan tinggi kalium dan protein. 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis, enzimatik biologis mekanis, autolitik), jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu. |
| 4. | <p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kehilangan volume jaringan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian Kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgot kulit menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermediet) 3. Edema | <p>Perfusi Perifer Meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik | <p>Perawatan Sirkulasi (L.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu, <i>ankle-brachial indeks</i>) 2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis.diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi). 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi. 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>4. Penyembuhan luka lambat</p> <p>5. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90</p> <p>6. Bruit femoralis</p> | | <p>pada area yang cedera</p> <p>4. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>5. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>6. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, <i>jika perlu</i> 5. Anjurkan minum obat pengontrol penurun tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitasi vascular 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak omega 3) 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). |
|--|---|--|---|

| | | | |
|----|--|--|--|
| 5. | Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif | <p>Tingkat infeksi menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Kadar sel darah putih membaik | <p>Pencegahan infeksi (I.14539))</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda da gejala infeksi lokal sistemik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cuci tangan dengan benar. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu |
|----|--|--|--|

4. Implementasi

Implementasi adalah prosedur kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan menjadi lebih baik.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah dilakukan, secara terus – menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan model studi kasus. Penelitian deskriptif adalah metode penelitian yang memaparkan gejala, fakta atau kejadian secara sistematis dan akurat mengenai sifat-sifat populasi tanpa membuat perbandingan dengan variable lain (Abdullah,2017). Studi kasus merupakan sebuah metode yang dilakukan untuk menganalisis suatu kejadian, masalah, kesulitan, serta hambatan dan penyimpangan (Abdullah, 2017). Penelitian ini mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan diruangan Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian yang dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai bulan Juni 2024. Asuhan keperawatan telah dilakukan selama 10 hari dimulai dari tanggal 03 -12 Maret 2024.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari subjek atau objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Saat penelitian ditemukan 3 orang pasien dengan fraktur femur.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dapat dijadikan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampling adalah proses penyeleksian sampel yang dapat mewakili semua populasi yang tersedia(Nursalam, 2020). Cara pengambilan sampel yang dilakukan dengan teknik *purposive*

sampling, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel yang ada di populasi sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik yang telah diketahui sebelumnya (Nursalam, 2020).

Adapun kriteria sampel yang akan diteliti yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Yaitu karakteristik subjek penelitian yang dapat mewakili anggota populasi untuk dijadikan sampel.

Kriteria inklusi yang dimaksud sebagai berikut :

- 1) Pasien yang kooperatif
- 2) Pasien bersedia untuk menjadi partisipan

b. Kriteria Eksklusi

Yaitu kriteria subjek penelitian yang tidak dapat dijadikan sampel untuk penelitian.

Kriteria eksklusi yang dimaksud sebagai berikut :

- 1) Pasien pindah ruangan luar bedah atau pulang
- 2) Pasien dengan adanya penyakit komplikasi seperti penyakit jantung, CKD, SLE, hemofilia, dan penyakit kronis lainnya.
- 3) Pasien dengan waktu rawatan kurang dari 5 hari.

Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Saat penelitian ditemukan 3 orang pasien dengan fraktur femur diantaranya yaitu Tn. A direncanakan pulang, Ny. D pindah ke ruangan Kelas 1 Ambun Pagi, Ny.T rawatan ke 3 belum dilakukan pemasangan ORIF. Dari 3 orang populasi hanya 1 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yaitu Ny.T untuk dijadikan sampel penelitian.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrument penelitian adalah alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian yang dibuat sesuai tujuan pengukuran dan teori yang digunakan (Rubaya, 2022). Instrument yang digunakan saat mengumpulkan data dapat

menggunakan instrument yang dibuat sendiri atau yang pernah digunakan oleh penelitian terdahulu.

Instrument yang digunakan saat penelitian yaitu :

1. Format pengkajian keperawatan medical bedah, format analisa data, format diagnosis keperawatan, format rencana asuhan keperawatan, dan format tindakan keperawatan, format evaluasi keperawatan.
2. Alat pemeriksaan fisik : tensi meter, thermometer, stetoskop, centimeter.
3. Dokumentasi penunjang : hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi, EKG.

E. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari penelitian ini menggunakan metode wawancara, observasi, dokumentasi.

1. Wawancara

Wawancara adalah salah satu metode pengumpulan data melalui kegiatan menanyakan langsung kepada pasien yang diteliti. Di mana metode ini akan menghasilkan jawaban secara langsung dari pasien yang diteliti. Melalui penelitian ini kegiatan wawancara dilakukan untuk memperoleh identitas dari pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola aktivitas sehari-hari.

2. Observasi

Observasi adalah salah satu metode pengumpulan data melalui pengamatan langsung mengenai keadaan pasien yang diteliti. Kegiatan ini bertujuan untuk mengamati tingkah laku pasien dan fakta apa adanya yang terjadi di lapangan yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Pengumpulan data ini dilakukan untuk mengamati keadaan pasien, mendengarkan keluhan pasien, dan memantau perkembangan pasien setiap saat.

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan rinci dari sebuah peristiwa yang sudah dialami. Metode ini dilakukan dengan cara mengambil data yang asli dari

pasien, catatan hasil perkembangan pasien, hasil pemeriksaan diagnostik terdiri dari hasil pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi (rotgen).

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden. Dalam penelitian ini, data primer didapatkan dari observasi, wawancara, pemeriksaan fisik secara langsung pada pasien dan keluarga.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan jenis data yang diperoleh secara tidak langsung berupa bukti, data penunjang, catatan perkembangan pasien dan laporan yang didapat melalui catatan rekam medis ruangan Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Seperti hasil pemeriksaan diagnostik yaitu hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan radiologi (rotgen).

G. Prosedur Penelitian

Langkah-langkah dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti yaitu:

1. Peneliti meminta surat izin melakukan penelitian dari institusi yaitu Kemenkes Poltekkes Padang
2. Meneruskan surat penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Meneruskan surat izin ke Kepala Mutu RSUP Dr.M. Djamil Padang
4. Meneruskan surat izin ke Kepala Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
5. Melakukan pemilihan sampel dari populasi yaitu berdasarkan pasien yang ada waktu jadwal penelitian
6. Mendatangi responden serta keluarga dan menjelaskan tujuan penelitian
7. Memberikan informed consent kepada responden dan penanggung jawab sebagai persetujuan di jadikan responden dalam penelitian. Selanjutnya
8. melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

H. Analisis

Data yang diperoleh saat pengkajian dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat ditegakkan diagnosis keperawatan, kemudian disusun intervensi keperawatan untuk menentukan implementasi keperawatan yang dilakukan, dan evaluasi keperawatan. Selanjutnya dilakukan analisis perbandingan antara hasil penelitian asuhan keperawatan yang sudah diberikan pada pasien dengan teori yang ada atau teori yang terdahulu.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit terakreditasi A sebagai Rumah Sakit Pusat Rujukan Pemerintah untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah yang berada di Provinsi Sumatera Barat, Kota Padang. Penelitian ini dilakukan diruangan Irna Bedah, tepatnya diruangan Trauma Center, yang merupakan ruangan khusus pasien trauma seperti fraktur dan cidera kepala. Ruangan ini dipimpin oleh seorang karu, dibantu oleh katim dan perawat pelaksana yang dibagi menjadi tiga shift yaitu pagi, siang, dan malam. Selain itu, di ruangan juga ada beberapa mahasiswa perawat yang berpraktik lapangan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Pada tanggal 03 Maret sampai 12 Maret 2024 telah dilakukan penelitian di Ruangan Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan 1 orang pasien, yaitu Ny.T berusia 64 tahun yang dipilih melalui metode *pusposive sampling* untuk diberikan asuhan keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian diperoleh melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Pasien Ny. T masuk melalui IGD RSUP M.Djamil Padang pada tanggal 1 Maret 2024 jurusan dari RS. Reksodiyordito Tk. III Padang, dengan keluhan nyeri disekitar panggul dan pangkal paha karena terjatuh di parkiran motor RST dengan posisi jatuh ke arah kanan mengenai panggul.

Pre Op

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 3 Maret 2024 pukul 09.00 WIB di ruangan Trauma Center, pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6,

pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, pasien mengeluh sulit tidur dan tidak puas tidur, rentang gerak pasien tampak terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien yaitu Compos Mentis kooperatif, TD : 128/80 mmHg, suhu : 36,6⁰ C, nadi : 90x/menit, pernapasan : 20x/menit, ekstermitas atas bagian kiri terpasang infus tutosol 500ml, ekstermitas bawah bagian kanan terpasang skin traksi 4kg.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium tanggal 01-03-2024 menunjukkan penurunan Hemoglobin: 9,4 g/dl (normal : 12.0-14.0 g/dl), Leukosit meningkat : 14.14 10³mm³ (normal : 5.0-10.0), hematokrit menurun 30.0 %(normal : 37.0-40.0), MCV dan MCH menurun, Gula Dara Sewaktu meningkat 240 mg/dL (normal : 50-200).

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 9 Maret 2024 pukul 09.00 WIB di ruangan Trauma Center, pasien selesai operasi 8 maret 2024 pukul 19.00 WIB, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas dengan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan masih susah untuk digerakkan, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan Tekanan Darah : 189/85 mmHg, suhu : 36,6⁰ C, nadi : 80x/menit, pernapasan : 20x/menit, ekstermitas bawah bagian kanan terpasang infus tutosol 500 ml, terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm pada pangkal paha, tampak sedikit berdarah.

Hasil laboratorium tanggal 09 Maret 2024 menunjukkan Hemoglobin menurun 9,6 g/dL (normal : 12.0-14.0), Leukosit meningkat $11.53 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal : 5.0-10.0), MCV dan MCH menurun.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan data hasil pengkajian yang diperoleh dari wawancara, observasi dan dokumentasi, diagnosis yang dapat ditegakkan oleh peneliti pada pasien Ny. T yaitu :

Pre Op

a. **Diagnosis Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma) yang ditemukan pada tanggal 03 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6. Data objektif pasien kadang tampak meringis saat menggerakkan panggulnya, pasien tampak gelisah, pasien tampak agak pucat.

b. **Diagnosis Keperawatan 2**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan yang ditemukan pada tanggal 03 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengeluh tidak puas tidur

c. **Diagnosis Keperawatan 3**

Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri yang ditemukan pada tanggal 03 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, pasien merasa khawatir dengan kondisi saat ini, pasien cemas. Data objektif yaitu pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh, pasien sering menanyakan kapan bisa berjalan seperti semula, dan kapan lama pemakaian alat bantu jalan (tongkat), pasien tampak gelisah.

Post Op

a. Diagnosis Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanann, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas , pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi. Data objektif yaitu Pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis, pasien tampak agak pucat, terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah. tekanan darah : 185/85 mmHg

b. Diagnosis Keperawatan 2

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien merasa cemas menggerakkan kaki kanannya karena post op pemasangan ORIF, pasien mengatakan kaki terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif yaitu Rentang gerak pasien tampak terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur , pasien mulai bias menggerakkan jari kaki secara perlahan.

c. Diagnosis Keperawatan 3

Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kaki sebelah kanan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas. Data objektif yaitu terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah. Pada hasil labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL, Leukosit $11.53 \times 10^3/\text{mm}^3$.

d. **Diagnosis Keperawatan 4**

Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan kadang terasa sesak napas. Data objektif Tekanan Darah : 189/85 mmHg, kulit pasien tampak pucat, hasil pemeriksaan labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL

3. Intervensi Keperawatan

Setelah ditegakkan beberapa diagnosis keperawatan pada pasien Ny. T, intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk dapat mengatasi masalah keperawatan yang mengacu pada SLKI dan SIKI yaitu sebagai berikut :

Pre Op

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis nyeri akut yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal., identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi murotal), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan
Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Dukungan Tidur : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan (mis pengcahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), fasilitasi meghilangkan stress sebelum tidur, sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk mengurangi siklus tidur -terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka diharapkan Pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun
- c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri
Intervensi keperawatan yang diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Reduksi Ansietas : monitor tanda dan gejala ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan dengan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis ajarkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan : perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis nyeri akut yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal., identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi mural), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu dukungan mobilisasi dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi adanya nyeri, monitor tekanan darah, monitor kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur). Setelah intervensi keperawatan dilakukan maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, rentang gerak (rom) meningkat, tingkat nyeri

menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu pencegahan infeksi dengan tindakan intervensi keperawatan : monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada daerah edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa luka, anjurkan peningkatan asupan cairan. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, demam menurun, kadar sel darah putih membaik.

d. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Perawatan jantung dengan tindakan keperawatan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea), monitor tekanan darah, posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman ,berikan diset jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)., berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, *jika perlu*, anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*

4. Implementasi Keperawatan

Pre Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)
Implementasi yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah melakukan pengkajian nyeri, mengukur tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi murotal (Isnaani & Gayatri, 2022), memberikan terapi farmakologis yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral), inj. Ranitidine 2x50 mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan
Tindakan keperawatan yang dilakukan pada masalah ini adalah mengkaji pola tidur pasien Ny.T, mengajarkan cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan murotal, mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur.
- c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri
Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah ini adalah menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien, melakukan pendekatan yang tenang, memberikan perhatian yang penuh kepada pasien, menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien, melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)
Tindakan yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah melakukan pengkajian nyeri, mengukur tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi murotal (Isnaani & Gayatri, 2022), memberikan terapi farmakologis yaitu inj. Ranitidine 2x50 mg, inj. Ketorolac 30

mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengajarkan dan menganjurkan pasien mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri, meminta keluarga untuk membantu pasien, menganjurkan pasien duduk secara perlahan.

c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, mengukur tanda-tanda vital pasien, memberikan antibiotic sesuai orderan dokter Inj.Ampicillin 3x 1gr, mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

d. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah memposisikan pasien semi-fowler , mengukur tekanan darah pasien TD : 150/80 mmHg, memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien, memberikan obat sesuai dosis dokter (Amplodipin 1x10 mg, Candesartan 1x8mg, Transfusi PRC 1 unit)

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 10 hari pada pasien Ny. T. Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien Ny.T

Pre Op

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 6 didapatkan pada pasien Ny.T masih mengeluh nyeri pada area panggul dan kaki kanan, nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 4, pasien masih

tampak meringis dan gelisah karena belum dilakukan tindakan pembedahan. Berdasarkan dari hasil analisis diperoleh masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan : manajemen nyeri dan pemberian analgetic.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan
Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 6 didapatkan pada pasien Ny.T keluhan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari sudah berkurang, mata pasien tampak tidak kelelahan lagi. Berdasarkan hasil analisis masalah keperawatan gangguan pola tidur sudah teratasi Sebagian, intervensi dukungan tidur dihentikan.
- c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri
Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 6 didapatkan pada pasien Ny.T yaitu perasaan cemas sudah berkurang, sudah tidak memikirkan kapan bisa berjalan seperti biasa lagi, perasaan memberatkan keluarga sudah berkurang, sudah tidak sering bertanya lagi. Berdasarkan hasil analisis diperoleh masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian, intervensi reduksi ansietas dihentikan.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)
Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 10 didapatkan pada pasien Ny.T yaitu keluhan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 4, data objektif menunjukkan pasien masih tampak meringis dan gelisah saat kaki digerakkan. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian, intervensi keperawatan dihentikan.
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang
Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 10 didapatkan pada pasien Ny.T yaitu pasien mengatakan sudah bisa untuk menggerakkan kakinya, pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan kaki sebelah kanan sudah bisa untuk digerakkan

secara perlahan, data objektif pasien sudah bisa duduk, tampak sudah bisa menggerakkan kakinya, gerakan masih sedikit terbatas, pasien Ny. T pulang menggunakan kursi roda. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di rumah : dukungan mobilisasi.

c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 10 didapatkan pada pasien Ny.T yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sudah berkurang, luka post operasi sudah mulai mengering, Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan Risiko Infeksi teratasi sebagian, intervensi pencegahan infeksi di lanjutkan di rumah

d. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 10 didapatkan pada pasien Ny.T yaitu pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, tanda-tanda vital pasien sudah mulai membaik. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan risiko penurunan curah jantung teratasi sebagian, intervensi perawatan jantung di lanjutkan di rumah.

C. Pembahasan

Pada bagian ini peneliti akan membahas tentang kesinambungan antara laporan asuhan keperawatan pada pasien dengan teori fraktur femur dan hasil penelitian di Ruang Trauma Center. Kegiatan yang dilakukan mulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosis keperawatan, membuat intervensi keperawatan, mendeskripsikan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pasien Ny. T berusia 64 tahun, jenis kelamin perempuan, ibu rumah tangga, dengan diagnosa medis Fraktur Femur Tertutup (*Close Fracture of Intertrochanter Right Femur*)

Menurut (Bararah & Jauhar, 2013) menjelaskan penyebab fraktur karena trauma, factor patologik salah satunya osteoporosis, degenerasi (penurunan efisiensi dalam sel, jaringan, atau organ). Menurut penelitian (Hermanto, Isro'in & Saiful, 2020), fraktur juga disebabkan oleh trauma langsung berkekuatan tinggi, penyakit patologis seperti Ca tulang, dan osteoporosis, adanya penarikan otot-otot gastrocnemius. Menurut Penelitian Rachman & Rusjdi (2023) jenis fraktur femur tertutup paling banyak ditemukan (91,6%) dibandingkan fraktur femur terbuka (8,4%), dan berdasarkan kelompok usia, usia diatas 60 tahun tersering yang mengalami fraktur fraktur (43,3%).

Berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya fraktur disebabkan oleh factor patologik yaitu osteoporosis dan trauma dengan jenis fraktur tertutup dibagian intertrokanter femur. Peneliti mendapatkan partisipan berusia di atas 60 tahun dengan fraktur femur tertutup karena osteoporosis dan trauma.

Data hasil pengkajian yang peneliti peroleh dari pasien yaitu masuk melalui IGD RSUP M.Djamil Padang rujukan dari RS. Reksodiwiyoordo Tk. III Padang, dengan keluhan nyeri disekitar panggul dan pangkal paha karena terjatuh di parkir motor RST dengan posisi jatuh ke arah kanan mengenai panggul.

Menurut (Bararah & Jauhar, 2013) penyebab fraktur karena adanya trauma seperti terjatuh dengan posisi berdiri/duduk dan juga karena daya tahan tulang tidak adekuat. Menurut penelitian Pramathania (2023) ditemukan fraktur femur dengan lansia akibat kecelakaan terjatuh di kamar mandi sehingga menyebabkan fraktur colum femur dekstra tertutup. Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori (Bararah & Jauhar, 2013) dengan penelitian Pramathania (2023) adanya kesamaan antara hasil penelitian dengan teori yaitu fraktur femur yang disebabkan oleh trauma karena terjatuh dengan posis duduk dan daya tahan tulang tidak adekuat.

Pre Op

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 3 Maret 2024 pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, pasien mengeluh sulit tidur dan tidak puas tidur, rentang gerak pasien tampak terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Nyeri yang dirasakan saat terjadi fraktur karena spasme otot, patahan tulang saling bersentuhan atau kerusakan jaringan lunak disekitar fraktur, tekanan saraf, gerakan tulang yang mengalami fraktur (LeMone, 2016). Pergerakan abnormal dan kehilangan fungsi terjadi karena ketidakstabilan tulang yang patah atau spasme otot, paralysis dapat terjadi karena kerusakan saraf (Bararah & Jauhar, 2013). Menurut peneliti nyeri yang dirasakan partisipan karena patahan tulang saling bersentuhan dan gerakan tulang yang mengalami fraktur mengenai jaringan kulit.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien yaitu Compos Mentis kooperatif, TD : 128/80 mmHg, suhu : 36,6^o C, nadi : 90x/menit, pernapasan : 20x/menit, ektermatas atas bagian kiri terpasang infus tutosol 500ml, ektermatas bawah bagian kanan terpasang skin traksi 4kg.

Menurut Haryono & Utami (2020) reduksi bertujuan untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian memanipulasinya untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Menurut PubMed Central (2020), penggunaan skin traksi merupakan teknik penting untuk menghilangkan rasa sakit, mengurangi tingkat

keparahan patah tulang panjang, menjaga kesejajaran tulang dan mencegah kontraktur sendi.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium *Pre Op* tanggal 01-03-2024 menunjukkan penurunan Hemoglobin: 9,4 g/dl (normal : 12.0-14.0 g/dl), Leukosit meningkat : 14.14 10^3mm^3 (normal : 5.0-10.0), hematokrit menurun 30.0 %(normal : 37.0-40.0), MCV dan MCH menurun, Gula Dara Sewaktu meningkat 240 mg/dL (normal : 50-200).

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian pasien sudah dilakukan tindakan pembedahaan pemasangan CRIF PFNA, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas dengan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan masih susah untuk digerakkan, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Menurut (Black & Hawks, 2014) menjelaskan bahwa nyeri akan tetap ada terasa selama fraktur belum mendapatkan penanganan yang tepat seperti di imobilisasi. Menurut Haryono (2020) reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi tersebut yaitu pen, kawat, skrup, dan plat dipasang melalui pembedahan *Open Reduction Internal Ficsation* (ORIF). Sejalan dengan penelitian Kepel et al., (2020). Teknik mobilisasi yang bisa dilakukan reposisi terbuka yaitu operasi dengan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF), yang bertujuan untuk mengembalikan kesejajaran fragmen tulang.

Pada saat *Post Op* didapatkan Tekanan Darah : 189/85 mmHg, suhu : 36,6⁰C, nadi : 80x/menit, pernapasan : 20x/menit, ekstermitas bawah bagian kanan terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang

3cm pada pangkal paha, tampak sedikit berdarah dan terpasang infus tutosal 500 ml dengan tetesan infus 20 tetes/menit, pasien tampak meringis karena nyeri pada luka post op, dengan skala nyeri 6.

Menurut Muttaqin (2013), insisi luka operasi akan mengakibatkan impuls nyeri ke otak, lalu otak akan mempersepsikan nyeri sehingga pasien yang mengalami fraktur femur akan merasakan nyeri yang sangat hebat. Berdasarkan hasil penelitian Hasyim (2022) ditemukan masalah nyeri karena luka insisi pada bagian femur karena terputusnya kontinuitas tulang. Menurut penelitian Pramathania (2023) ditemukan masalah pada ekstermitas bawah yaitu pasien tampak meringis karena nyeri pada luka post op dengan skala nyeri 6. Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori dengan hasil penelitian sebelumnya ditemukan ada kesamaan antara hasil yaitu nyeri pada luka operasi.

Laboratorium *Post Op* tanggal 09 Maret 2024 menunjukkan Hemoglobin menurun 9,6 g/dL (normal : 12.0-14.0), Leukosit meningkat $11.53 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal : 5.0-10.0), MCV dan MCH menurun. Berdasarkan teori hasil data penunjang yang dilakukan akan terjadi peningkatan leukosit karena terjadi infeksi, penurunan hemoglobin karena terjadi perdarahan (Bararah & Jauhar, 2013). Menurut penelitian (Putri, 2020) pemeriksaan hasil laboratorium menunjukkan terjadinya penurunan hemoglobin karena terjadi perdarahan.

2. Diagnosis Keperawatan

Pre Op

Diagnosis pertama : Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma) yang ditemukan pada tanggal 03 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6. Data objektif pasien kadang tampak meringis saat menggerakkan panggulnya, pasien tampak gelisah, pasien tampak agak pucat.

Menurut Abdul Wahid (2013), nyeri akan dirasakan oleh pasien fraktur femur karena adanya kerusakan jaringan sekitar, salah satunya akibat adanya rasa gemertak ketika bagian-bagian tulang digerakkan atau saat mengubah posisi. Nyeri yang dirasakan saat terjadi fraktur karena spasme otot, patahan tulang saling bersentuhan, atau kerusakan jaringan di sekitar fraktur, tekanan saraf, gerakan tulang yang mengalami fraktur (LeMone, 2016). Nyeri akan dirasakan jika neurologis pasien masih baik dan meningkat jika fraktur tidak di imobilisasi.

Diagnosis kedua : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengeluh tidak puas tidur. Pada penelitian Hasibuan & Hasna (2021) seorang lansia akan membutuhkan waktu lebih lama untuk tidur dan mempunyai waktu lebih sedikit untuk tidur nyenyak. Perubahan pola tidur dapat menjadi bagian dari proses penuaan. Namun, banyak juga gangguan ini dianggap tidak normal dari proses penuan karena dipengaruhi oleh beberapa factor seperti usia, psikologis, tekanan darah, spiritual, perubahan lingkungan, dan tingkat kecemasan.

Diagnosis ketiga : ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri yang ditemukan pada tanggal 03 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, pasien merasa khawatir dengan kondisi saat ini. Data objektif yaitu pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh, pasien sering menanyakan kapan bisa berjalan seperti semula, dan kapan lama pemakaian alat bantu jalan (tongkat), pasien tampak gelisah.

Diagnosis keperawatan ansietas pada pasien pre op juga ditemukan pada penelitian Desiana Putri (2020) yaitu anietas yang berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan pasien merasa khawatir dengan

kondisi yang dihadapinya, tampak gelisah, pasien tampak sulit beristirahat. Pada penelitian Fauzi (2023) juga ditemukan diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien fraktur femur adalah ansietas yang merupakan rasa cemas pada kakinya terasa berat dan sakit saat digerakkan, takut mengalami kecacatan dan tidak bisa berjalan seperti biasa.

Post Op

Diagnosis pertama : nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) sesuai dengan data subjektif Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanann, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas , pasien mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi. Data objektif yaitu Pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis, pasien tampak agak pucat, terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah. tekanan darah : 185/85 mmHg

Menurut Abdul Wahid (2013), nyeri akan dirasakan oleh pasien fraktur femur karena adanya kerusakan jaringan sekitar, salah satunya akibat luka pasca operasi dan nyeri juga dapat dirasakan karena adanya rasa gemertak ketika bagian-bagian tulang digerakkan atau saat mengubah posisi. Diagnosis keperawatan nyeri akut juga ditemukan pada penelitian Pramathania (2023) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien fraktur femur yaitu nyeri akut yang dibuktikan dengan nyeri yang dirasakan dan dikeluhkan oleh pasien setelah pemasangan ORIF, nyeri berdenyut dengan skala nyeri 6.

Diagnosis kedua : gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang, sesuai dengan data subjektif pasien merasa cemas menggerakkan kaki kanannya karena post op pemasangan

ORIF, pasien mengatakan kaki terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif yaitu Rentang gerak pasien tampak terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mulai bias menggerakkan jari kaki secara perlahan. Diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik juga ditemukan pada penelitian Pramathania (2023) yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien kesulitan menggerakkan kakinya dan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Menurut teori Bararah & Jauhar (2013) salah satu tanda dan gejala fraktur yaitu pergerakan abnormal dan kehilangan fungsi pada ekstermitas karena ketidakstabilan tulang yang patah, nyeri atau spasme otot, paralysis karena kerusakan saraf.

Diagnosis ketiga : Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kaki sebelah kanan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas. Data objektif yaitu terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah. Pada hasil labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL, Leukosit $11.53 \times 10^3/\text{mm}^3$. Diagnosis keperawatan risiko infeksi juga ditemukan pada penelitian Pramathania (2023) yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive ditemukan data pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi, pasien tampak sudah terpasang orif, dan tampak terpasang perban pada ekstermitas.

Diagnosis keempat : Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload yang ditemukan pada tanggal 09 Maret 2024, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan kadang terasa sesak napas. Data objektif Tekanan Darah : 189/85 mmHg, kulit pasien tampak pucat, hasil pemeriksaan labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL. Diagnosis keperawatan risiko penurunan curah jantung pada pasien hipertensi juga

ditemukan pada penelitian Zulnofri (2020) karena pada data pasien mengatakan sesak napas, tekanan darah meningkat, dan pasien tampak pucat. Menurut Pikir (2015) tanda dan gejala peningkatan curah jantung berawal dari hipertensi, terutama pada hipertensi kronis menunjukkan adanya hemodinamik yang khas yaitu adanya peningkatan resistensi perifer dengan curah jantung yang normal.

Menurut LeMone (2016), diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan post op fraktur femur adalah nyeri akut berhubungan dengan pencidera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan resiko infeksi dengan faktor resiko efek prosedur invasive. Menurut penelitian Hendayani & Amalia (2022), dari masalah keperawatan dengan pasien post fraktur femur adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang dan masalah resiko infeksi.

3. Intervensi Keperawatan

Pre Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Trauma)
Intervensi manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal., identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi murotal), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka, diharapkan tingkat nyeri

menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan supaya kontrol nyeri meningkat : melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis, mendapat dukungan dari orang terdekat, mengurangi penggunaan analgesik. Tingkat nyeri menurun : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, pola tidur membaik.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan
- Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Dukungan Tidur : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan (mis pengcahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk mengurangi siklus tidur -terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka diharapkan Pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun
- Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan agar keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun.
- c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri
- Intervensi keperawatan yang diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Reduksi Ansietas : monitor tanda dan gejala ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi

membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan dengan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis ajarkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan : perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan agar tingkat ansietas menurun : Perilaku gelisah menurun, verbalitas khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Intervensi keperawatan manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal., identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi murotal), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan

kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan supaya kontrol nyeri meningkat : melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis, mendapat dukungan dari orang terdekat, mengurangi penggunaan analgesik. Tingkat nyeri menurun : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, pola tidur membaik.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu dukungan mobilisasi dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi adanya nyeri, monitor tekanan darah, monitor kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur). Setelah intervensi keperawatan dilakukan maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, rentang gerak (rom) meningkat, tingkat nyeri menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan agar mobilitas fisik meningkat : pergerakan ekstermitas meningkat, rentang gerak meningkat, tingkat nyeri menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terbatas menurun,

kelemahan fisik menurun. Toleransi aktivitas meningkat : kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, perasaan lemah berkurang.

c. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu pencegahan infeksi dengan tindakan intervensi keperawatan : monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada daerah edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa luka, anjurkan peningkatan asupan cairan. Setelah diberikan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, demam menurun, kadar sel darah putih membaik.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan agar tingkat infeksi menurun : Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, tidak ada demam, kadar sel darah putih membaik.

d. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Perawatan jantung dengan tindakan keperawatan identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea), monitor tekanan darah, posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, berikan diset jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak), berikan terapi relaksasi untuk mengurangi

stress, *jika perlu*, anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), rencana keperawatan bertujuan agar curah jantung meningkat : Dispnea menurun, pucat menurun, tekanan darah membaik

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu masalah kesehatan yang dialami pasien menuju status kesehatan yang baik. Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. (Sri Wahyuni, 2022).

Peneliti melakukan implementasi keperawatan selama 10 hari dari tanggal 03-12 Maret 2024 berdasarkan intervensi yang sudah disusun sebelumnya. Namun, tidak semua tindakan keperawatan yang dilakukan peneliti karena peneliti tidak merawat pasien selama 24 jam. Peneliti melakukan studi dokumentasi untuk memantau tindakan yang telah dilakukan perawat ruangan sesuai dengan intervensi yang ada.

Pre Op

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah nyeri akut ini adalah melakukan pengkajian nyeri, mengukur tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi mural (Isnaani & Gayatri, 2022), memberikan terapi farmakologis yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral), inj. Ranitidine 2x50 mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Munirah & Amalia (2024) Implementasi yang dilakukan meliputi pengajaran terapi non farmakologi meliputi teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian obat serta pengkajian nyeri secara nonverbal dengan mengamati ekspresi wajah dan evaluasi respon nyeri

secara menyeluruh dimulai dari lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan skala nyeri harian dan pemberian analgesik. Untuk menurunkan skala nyeri, perawat membimbing pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada masalah gangguan pola tidur adalah mengkaji pola tidur pasien Ny.T, mengajarkan cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan murotal, mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah ansietas adalah menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien, melakukan pendekatan yang tenang, memberikan perhatian yang penuh kepada pasien, menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien, melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan.

Post Op

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah nyeri akut adalah melakukan pengkajian nyeri, mengukur tanda-tanda vital, memberikan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi murotal (Isnaani & Gayatri, 2022), memberikan terapi farmakologis yaitu inj. Ranitidine 2x50 mg, inj. Ketorolac 30 mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Munirah & Amalia (2024) Implementasi yang dilakukan meliputi pengajaran terapi non farmakologi meliputi teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian obat serta pengkajian nyeri secara nonverbal dengan mengamati ekspresi wajah dan evaluasi respon nyeri secara menyeluruh dimulai dari lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan skala nyeri harian dan

pemberian analgesik. Untuk menurunkan skala nyeri, perawat membimbing pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah gangguan mobilitas fisik adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengajarkan dan menganjurkan pasien mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri, meminta keluarga untuk membantu pasien, menganjurkan pasien duduk secara perlahan. Berdasarkan hasil penelitian Usayra (2018) menunjukkan bahwa terapi ROM dapat berdampak pada tingkat kesembuhan pasien yang menjalani operasi patah tulang ekstremitas. Menurut (Jamaludin et al., 2022) latihan *Range of Motion* (ROM) membantu menjaga mobilitas sendi dan otot, mengurangi efek pembentukan kontraktur, menjaga elastisitas aktivitas otot, meningkatkan aliran darah, meningkatkan cairan sinovial untuk memberi nutrisi pada tulang rawan, mendistribusikan nutrisi ke seluruh sendi, mencegah nyeri dan mendukung rentang gerak maksimal klien (Jamaludin et al., 2022)

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah risiko infeksi adalah Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, mengukur tanda-tanda vital pasien, memberikan antibiotic sesuai orderan dokter Inj.Ampicillin 3x 1gr, mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Implementasi yang diberikan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Munirah & Amalia (2024) yaitu mengawasi tanda dan gejala infeksi, menjaga kebersihan luka pada area operasi pasien. Pemberian antibiotik profilaksis kepada pasien pasca operasi fraktur ekstremitas yang menunjukkan bahwa pemberian antibiotik profilaksis merupakan salah satu metode pencegahan infeksi selama operasi fraktur. Antibiotik yang digunakan sebagai profilaksis dapat mengurangi tingkat infeksi sebesar 1–5%. Hal ini sesuai dengan antibiotik Ampicilin 3x 1 gr yang diberikan kepada pasien Ny.T

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah keperawatan ini adalah memposisikan pasien semi-fowler , mengukur tekanan darah pasien TD : 150/80 mmHg, memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien, memberikan obat sesuai dosis dokter (Amlodipin 1x10 mg, Candesartan 1x8mg, Transfusi PRC 1 unit)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan secara teori merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien :

Pre Op

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosis nyeri akut pada hari ke 6 didapatkan pada pasien masih mengeluh nyeri pada area panggul dan kaki kanan, nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 4, pasien masih tampak meringis dan gelisah karena belum dilakukan tindakan pembedahan. Berdasarkan dari hasil analisis diperoleh masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan : manajemen nyeri dan pemberian analgetic.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosis gangguan pola tidur pada hari ke 6 didapatkan pada pasien keluhan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari sudah berkurang, mata pasien tampak tidak kelelahan lagi. Berdasarkan hasil analisis masalah keperawatan gangguan pola tidur sudah teratasi intervensi dukungan tidur dihentikan.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosis ansietas pada hari ke 6 didapatkan pada pasien yaitu perasaan cemas sudah berkurang, sudah tidak memikirkan kapan bisa berjalan seperti biasa lagi, perasaan memberatkan keluarga sudah berkurang, sudah tidak sering bertanya lagi. Berdasarkan hasil analisis diperoleh masalah keperawatan ansietas teratasi, intervensi reduksi ansietas dihentikan.

Post Op

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosis nyeri akut pada hari ke 10 didapatkan pada pasien yaitu keluhan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 4, data objektif menunjukkan pasien masih tampak meringis dan gelisah saat kaki digerakkan. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian, intervensi keperawatan dihentikan.

Hasil evaluasi untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik pada hari ke 10 didapatkan pada pasien yaitu pasien mengatakan sudah bisa untuk menggerakkan kakinya, pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan kaki sebelah kanan sudah bisa untuk digerakkan secara perlahan, data objektif pasien sudah bisa duduk, tampak sudah bisa menggerakkan kakinya, gerakan masih sedikit terbatas, pasien pulang menggunakan kursi roda. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di rumah : dukungan mobilisasi.

Hasil evaluasi untuk diagnosis risiko infeksi pada hari ke 10 didapatkan pada pasien yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sudah berkurang, luka post operasi sudah mulai mengering, Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan Risiko Infeksi teratasi sebagian, intervensi pencegahan infeksi di lanjutkan di rumah.

Hasil evaluasi untuk diagnosis risiko penurunan curah jantung pada hari ke 10 didapatkan pada pasien yaitu pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, tanda-tanda vital pasien sudah mulai membaik. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan risiko penurunan curah jantung teratasi sebagian, intervensi perawatan jantung di lanjutkan di rumah.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada partisipan Ny. T di Ruangan Irna Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. DJamil Padang tahun 2024, didapatkan kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada saat pengakajian ditemukan kasus fraktur femur *pre op* yaitu Ny. T fraktur karena terjatuh dengan posisi duduk dan terhimpit motor, mengeluhkan kaki nyeri saat digerakkan, tidak mampu berjalan. Pasien Ny. T dilakukan tindakan pembedahan pemasangan CRIF PFNA pada hari ke 7 rawatan, yang mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya, nyeri terasa berdenyut denyut dengan skala nyeri 6, dan terkadang terasa panas pada daerah operasi, pasien tampak gelisah dan meringis menahan kesakitan, serta semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.
2. Rumusan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur tulang, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, ansietas berhubungan ancaman konsep diri, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif.
3. Tahap perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan adalah manajemen nyeri, manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, pencegahan infeksi dan reduksi ansietas.
4. Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang berpedoman pada rencana keperawatan yang telah dibuat dan didokumentasikan pada catatan perkembangan partisipan. Implementasi yang dilakukan dari manajemen nyeri, kontrol nyeri dengan cara : memeberikan teknik nonfarmakologis dalam mengatasi nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam dan terapi mural, mengajarkan mobilisasi dini mengerakan jari jari kaki, mengerakan pergelangan kaki dan duduk diatras tempat tidur, pencegahan infeksi dengan cara : membatasi jumlah pengunjung dan meningkatkan

asupan kalori, protein dan asupan cairan, dan mengurangi tingkat kecemasan.

5. Hasil evaluasi yang didapatkan selama 10 hari yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi teratasi sebagian pada hari ke 10

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menambah kemampuan dan pengalaman belajar peneliti dalam keperawatan medical bedah terutama pada kasus fraktur femur serta menambah wawasan dan ilmu pengetahuan peneliti tentang keperawatan pada pasien fraktur femur

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan studi kasus yang peneliti lakukan pada Pasien Fraktur Femur di Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang dapat bermanfaat bagi Rumah Sakit terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat menambah studi kepustakaan dan menjadi masukan yang berguna dan bermanfaat Poltekkes Kemenkes Padang bagi terutama jurusan keperawatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan perbandingan dan data dasar pada penelitian selanjutnya tentang fraktur femur.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah. (2017). *Berbagai Metodologi dalam Penelitian Pendidikan dan Manajemen*. Gunadarma Ilmu.
- Ahmad, S. S. N., Rahmadian, R., & Yulia, D. (2020). *Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2016-2018*.
- Asikin, M., Nasir, M., & Podding, I. T. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Muskuloskeletal*. Penerbit Erlangga.
- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 2*. Jakarta : Prestasi Pustaka Jakarta.
- Black, J. M., & Hawaks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan* (8 ed.). Elsevier.
- Fauzi. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Fraktur Femur Di Ruang Bedah Trauma Center RSUD. DR.M. Djamil Padang*. Padang : Repository Perpustakaan Poltekkes Padang.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2020). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. PT. Pustaka Baru.
- Hasibuan, R., K, Hasna, J.,A. 2021. *Gambaran Kualitas Tidur pada Lansia dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya di Kecamatan Kayangan, Kabupaten Lombok Utara, Nusa Tenggara Barat*. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan.
- Hasyim. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap Bedah M.Nasir Kota Solok*. Padang : Repository Perpustakaan Kemenkes Poltekkes Padang
- Helmi. N. Z. (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Salemba Medika.
- Hendayani, L., Amalia, F. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Post Op Orif 1/3 Distal Fraktur Femur Terbuka*.
- Hermanto, R., Isro'in, L. Nurhidayat, S. 2020. *STUDI KASUS:UPAYA PENURUNAN NYERI PADA POST OPERASI FRAKTUR FEMUR*.Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Isnaani, M., R, Gayatri, D. (2022) *Pengaruh Terapi Murotal Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri dan Kecemasan pada Pasien Fraktur Operasi*.
- Jamaludin, D. J., Kusumaningsih, D. K., & Prasetyo, H. P. (2022). Efektifitas Rom Pasif terhadap Tonus Otot Pasien Post-Operasi Fraktur Ekstremitas di Kecamatan Bekri Lampung Tengah. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 5(10), 3627–3639.

- Kepel, F. R., Lengkong, A. C., Manado, S. R. (2020). Ortopaedi, D., Bagian, T., Bedah, I., Kedokteran, F., Sam, U., & Manado, R.. *Fraktur geriatrik*. 8(2), 203–210.
- LeMone, P., Burke, K. M., & G., B. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Muskuloskeletal*. EGC
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep Mind Mapping dan Nanda NIC NOC Jilid 3*. Jakarta: Trans Info Media
- Munirah, F., Amalia, R., Kamal, A. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Close Fracture Neck Femur Sinistra : Studi Kasus*.
- Noor. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Selemba Medika
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Selemba Medika
- Paramathania. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Imam Bonjol RS TK.III Dr.Reksodiwiry Padang*. Poltekkes : Repository Perpustakaan Kemenkes Poltekkes Padang
- Pikir dkk, 2015. *Epidemiologi dan Faktor Resiko Hipertensi*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair(AUP)
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Putri, Desiana. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang*.
- Rachman, T., Rahmadian, R., & Rusjdi, S. R. (2023). Pola Penatalaksanaan Fraktur Femur Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 4(2), 81– 87.
- RIKESDAS. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Kementerian Kesehatan RI, 53(9), 1689–1699.
- Risnah, R., Risnawati, H. R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). *Terapi Non Farmakologi dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Akut pada Fraktur: Systematic Review*. *Journal of Islamic Nursing*, 4(2), 77-87.
- RSUP Dr. M. Djamil Padang. (2023). *Laporan Rekam Medik Fraktur Femur: Bagian Rekam Medik*.

SDKI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (3 ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Suriya, M., & Zuriati (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.

Wahid, A., (2013). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. CV. Trans Info Media.

Wirayuni, S. & Arista, L. (2021). *Isometric Exercise of Glutel Muscle in Patient with Close Femur Fracture*. JIKO (*Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopedi*)

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di IRNA, Bedah Trauma Center RSUD Dr. M Djamil Padang Tahun 2024

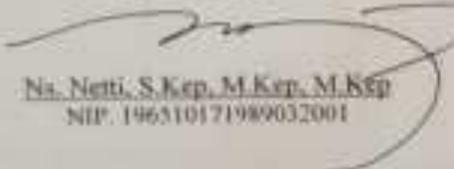
| No. | Kegiatan | Agustus | September | Oktober | November | Desember | Januari | Februari | Maret | April | Mai | Juni |
|-----|--|---------|-----------|---------|----------|----------|---------|----------|-------|-------|-----|------|
| 1. | Mengumpulkan Referensi | █ | | | | | | | | | | |
| 2. | Konsultasi Judul dengan Pembimbing | █ | █ | | | | | | | | | |
| 3. | Penyusunan Proposal | | █ | █ | █ | █ | █ | | | | | |
| 4. | Konsultasi Proposal | | █ | █ | █ | █ | █ | | | | | |
| 5. | Pendaftaran Seminar Proposal | | | | | █ | █ | | | | | |
| 6. | Sidang Proposal | | | | | █ | █ | | | | | |
| 7. | Perbaikan Proposal | | | | | | █ | █ | █ | █ | | |
| 8. | Pengambilan Data, Pelaksanaan penelitian, dan Penyusunan KTI | | | | | | █ | █ | █ | █ | █ | |
| 9. | Konsultasi Hasil | | | | | | | | █ | █ | █ | █ |
| 10. | Sidang Hasil | | | | | | | | | | | █ |
| 11. | Perbaikan KTI | | | | | | | | | | | █ |
| 12. | Pengumpulan KTI | | | | | | | | | | | █ |
| 13. | Publikasi | | | | | | | | | | | █ |

Padang, 29 Desember 2023

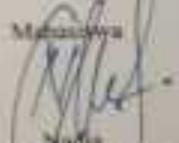
Pembimbing I


 Ns. Yosi Suryaningsih, M.Kep., Sp.MH
 NIP. 197507181998032003

Pembimbing II

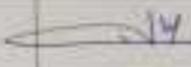
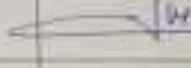
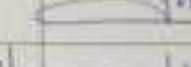
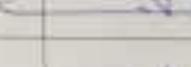

 Ns. Netti, S.Kep., M.Kep., M.Kep
 NIP. 196510171989032001

Mahasiswa


 Nadia
 NIM. 213110131

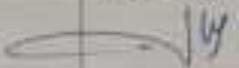
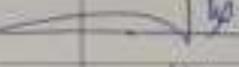
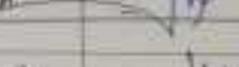
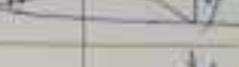
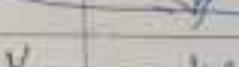
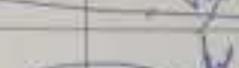
LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Nafis
 Nim : 211110131
 Pembimbing I : Ns. Yusra Suryaningsih, M. Kep. Sp.MB
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangg Inta Badan Trauma Center RSLUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|------------------|--|---|
| 1 | 23 Agustus 2023 | Konsultasi Judul dan pengantar pembimbing |  |
| 2 | 19 Oktober 2023 | Konsultasi Latar Belakang |  |
| 3 | 6 Desember 2023 | Konsultasi dan format BAB I |  |
| 4 | 15 Desember 2023 | Konsultasi dan Perbaikan /kembangan Bab I, II, III |  |
| 5 | 20 Desember 2023 | Konsultasi dan kembangan Bab I, II, III |  |
| 6 | 22 Desember 2023 | Revisi Perbaikan (teks bahasa asing) |  |
| 7 | 9 Januari 2024 | Daftar Pustaka Tambahan (smpiran) |  |
| 8 | 4 Januari 2024 | Acc Ura proposal |  |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TELIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Nadia
 NIM : 213110131
 Pembimbing I : Ns. Yosi Suryaningsih, M. Kep, Sp.MD
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangans Ina
 Bulan Terima Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|---------------|--------------------------------------|--|
| 1 | 25 Maret 2024 | Konsultasi Askep |  |
| 2 | 5 April 2024 | Konsultasi BAB IV |  |
| 3 | 26 April 2024 | Konsultasi BAB 5 dan perincian BAB 4 |  |
| 4 | 27 Mei 2024 | Konsultasi BAB I sampai BAB IV |  |
| 5 | 30 Mei 2024 | Konsultasi BAB V |  |
| 6 | 5 Juni 2024 | Perincian BAB IV dan BAB V |  |
| 7 | 6 Juni 2024 | Acc Ujian hasil |  |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Mengotahui,
 Ka Prodi Keperawatan Padang



Ns. Yosi Fadhyanti, M. Kep
 NIP. 197501211999032005

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Nadia
 NIM : 213310131
 Pembimbing I : Ni. Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
 Judul : Analisis Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Rawat Inap Bedah Trauma Center RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|-------------------|--|--------------|
| 1 | 28 Agustus 2023 | Konsultasi judul dan persiapan pembimbing | |
| 2 | 2 September 2023 | Konsultasi latar belakang | |
| 3 | 19 September 2023 | Konsultasi pembimbing dan perbaikan latar belakang | |
| 4 | 19 November 2023 | Konsultasi dan perbaikan BAB I | |
| 5 | 2 Desember 2023 | Konsultasi dan perbaikan BAB I | |
| 6 | 20 Desember 2023 | Konsultasi/Konsultasi BAB I, II, III dan perbaikan BAB I | |
| 7 | 29 Desember 2023 | Konsultasi WOL dan lengkapi bab | |
| 8 | 29 Desember 2023 | Konsultasi dan perbaikan proposal KTI finishing | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Nadia
 Nim : 213110133
 Pembimbing 2 : Ns. Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Rawat Bolah Trauma Cemer RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

| NO | Tanggal | Kegiatan Atau Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----|---------------|---|--------------|
| 1 | 25 Maret 2024 | Konsultasi Askep | |
| 2 | 20 Mei 2024 | Revisi Askep dan konsultasi Askep | |
| 3 | 26 Mei 2024 | Konsultasi BAB IV, V, VI | |
| 4 | 31 Mei 2024 | Konsultasi BAB dan revisi BAB I, II, III, IV, V | |
| 5 | 05 Juni 2024 | Revisi BAB I, V | |
| 6 | 7 Juni 2024 | Finalisasi BAB I → V selesai | |
| 7 | | Assalamualaikum | |
| 8 | | 26-2024 | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Mengetahui,
 Ka.Prodi Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep
 NIP : 197501211999032005



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pando Kopo Nagalo Padang 25146 Telpun (0751) 705178 (Ruang)
 Website : <http://www.poltekkes-pkg.ac.id>
 Email : ditrektad@poltekkes-pkg.ac.id



Nomor : PP/03/04/500/2023

15 September 2023

Perihal : **Survei Awal (Studi Pendahuluan)**

Kepada Yth :

Kepala RSLIP Ia, M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survei Awal (Studi Pendahuluan) di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin

| NO | NAMA | NIM | JUDUL PROPOSAL KTI |
|----|-------|-----------|---|
| 1 | NADIA | 212110231 | Audien Keperawatan pada Pasien dengan Faktor Risiko di Ruang Bedah RSLIP Dr. M. Djamil Padang |

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktor Poltekkes Kesehatan
 Kementerian Kesehatan Padang



RENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELompok SUMBERSDA PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Pemuda No.100 Padang - 25117 Telp. (075) 3301100, 3300111004, 3301111
Email: hrd@rsupdjamil.com

NOSA DINAS

Nomor CP 01.01/XXVI.1.3.2/Pd/ IX/2023

Yn: 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. RMA Bedah

Dit: Sub Koordinator Perencanaan dan Pengembangan
Re: Iain Survei Real
Tanggal: 18 September 2023

Selubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data yang diperlukan kepada:

Nama : Nadia
NIMSP : 213110131
Instansi : DMI Program Studi Keperawatan Fakultas Kesehatan Padang

Untuk mendapatkan informasi di Ruang Rawat Inap dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

D. Henna Permana, S.Kep, M.Si, Ners



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 3171, 810253, 810294, ext 245
Email : sdm@rsupdjamil.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.21/vy/09/2023

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. IRNA Bedah

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 18 September 2023

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/kenotongan kepada:

Nama : Nadia
NIMB² : 210110131
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya ucapkan terima kasih

*Acc. Henda Emma 24/9/2023
and complete etc*

dr. Henda Emma, Sp.Si(S), M.Biomed



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting)

Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>

Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/1802/2024
 Perihal : Penelitian

27 Januari 2024

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Cenuk TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Fungsinya.

| NO | NAMA | NIM | JUDUL KTI | LAMA PENELITIAN | TEMPAT PENELITIAN |
|----|------|---------------|--|------------------------------------|---------------------------|
| 1. | Nada | 2131101 31 | Analisa Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Inta Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang | 25 Januari 2024 - 30 April 2024 | RSUP Dr. M. Djamil Padang |

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasannya Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kesehatan
 Kementerian Kesehatan Padang.



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jwa



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Feritis Karambeka Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.pddkri.go.id Email : rsuustam3@pddkri.go.id



Lampiran 1

Nomor : DP.04.03/D.XVI.2.3/2024
Perihal : Izin Melakukan Penelitian
s.n. NADIA

27 Februari 2024

Yang terhormat,
Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/1902/2024 tanggal 27 Februari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada

Nama : NADIA
NIMBP : 213110131
Institusi : DBI Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di RSUD Dr. M. Padang, dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul:

"Asuhan keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangannya Bedah Trauma Center RSUD Dr. Mjamil Padang tahun 2024"

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUD Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Tim Kerja Penelitian RSUD Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/unggah link: dit.yit@bangsaupmjdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

s.n. Manajer Penelitian
Asisten Manajer Pengembangan Penelitian

Dr. Tutty Prati, S.Pd, O.V.
NIP. 198103272020122001

Tembusan :
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



TERKREDITASI NASIONAL
INTERNASIONAL

INSTALASI RAWAT INAP RSUD DR. MOHAMMAD PADANG
RSUP DR. M. ISMAIL PADANG
LEMBARAN DISPOSISI

| | | |
|---|--|------------------------|
| INDEX : | | Daftar : |
| Tgl Terima : 27 Februari 2024 | | Segara : |
| | | Rasa : |
| Kode : Ael / Tambuan | | Tanggal Penyelesaian : |
| Tanggal : 27 Februari 2024 | | |
| Nomor : | | |
| Asal : D. 101 | | |
| di Rangsang : Via periferik ke p. 1012 | | |
| Instruksi / Informasi : Tt. Pengisian unit 14 g. 1012/1012/1012 Lrt 27/2/24 G. 1012/1012 | | Ditanyakan Kepada : |

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : *Titi Anggrani*

Umur/Tgl. Lahir : *64 / 18-01-1960*

Pemanggung Jawab : *Sherli Junipa*

Hubungan : *Anak*

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Nadia NIM 213110131, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tand tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 08 Februari 2024

Responden

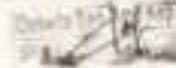
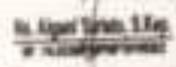


Sherli Junipa

JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Nulia
Nim : 213110134
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruang : BINA Sehat Trauma Center RSUD DR. M. Djamil Padang

| NO | Hari/Tanggal | Tanda Tangan Petugas |
|----|-------------------|---|
| 1 | Minggu 10-03-2024 |  |
| 2 | Senin 11-03-2024 |  Dokter Trauma S.Kep W. Ningsih |
| 3 | Selasa 12-03-2024 |  Dokter Trauma S.Kep W. Ningsih |
| 4 | Rabu 13-03-2024 |  |
| 5 | Kamis 14-03-2024 |  N. Ningsih S.Kep W. Ningsih |
| 6 | Jumat 15-03-2024 |  N. Ningsih S.Kep W. Ningsih |
| 7 | Sabtu 16-03-2024 |  |

Mengetahui,
Kepala Ruang


N. Ningsih S.Kep
W. Ningsih

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Nadia
Nim : 213110131
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruangan : IRNA Bedah Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang

| NO | Hari/Tanggal | Tanda Tangan Petugas |
|----|---------------------|--|
| 8 | Minggu / 10-3-2024 |  |
| 9 | Senin / 11-03-2024 |  |
| 10 | Selasa / 12-03-2024 |  |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mengetahui,
Kepala Ruangan



SURAT KETERANGAN
DP.04.030.XVI.2.3/Min. J2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Na. Afriz, M.Kep. Sp.MB
NIP : 197510102002121003
Jabatan : Asisten Manajer Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : NADIA
NIMSP : 213110131
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap (Trauma Center) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 03 Maret 2024 s.d 12 Maret 2024, guna pembuatan karya tulis skripsi/tesis/disertasi yang berjudul

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangannya Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024"

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 31 Mei 2024

u.n. Manajer Penelitian
Asisten Manajer Penelitian



Na. Afriz, M.Kep. Sp.MB
NIP: 197510102002121003

**FORMAT DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identifikasi klien:

- 1) Nama : Ny. T
- 2) Tempat/tgl lahir : Padang, 13 Januari 1960
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Kawin : Cerai Mati
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SD / Diniyah
- 7) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 8) Alamat : Kubu Dalam Parak Karakah
- 9) Diagnosa Medis : Fraktur Femur Tertutup (*Close Fracture of Intertrochanter Right Femur*)

b. Identifikasi penanggung jawab

- 1) Nama : Ny. S
- 2) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 3) Alamat : Solok
- 4) Hubungan : Anak kandung pasien

c. Riwayat kesehatan:

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama :

Pasien masuk melalui IGD RSUP M.Djamil Padang pada tanggal 1 Maret 2024 jurukan dari RS. Reksodiyordodo Tk. III Padang, dengan keluhan nyeri panggul karena tersandung dan terjatuh di parkir motor RST dengan posisi jatuh ke arah kanan mengenai panggul, kemudian pasien terhimpit motor. Motor dipindahkan oleh tukang parkir, kemudian pasien berjalan ke IGD untuk sambil meringis kesakitan dan dibantu oleh perawat untuk dirotgen, setelah dirotgen mengetahui

bahwa tulang paha pasien mengalami fraktur, pasien di rujuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.

b) Keluhan saat Dikaji (PQRST) :

Pre Op

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 3 Maret 2024 pukul 09.00 WIB di ruangan Trauma Center, pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, pasien mengeluh sulit tidur dan tidak puas tidur, rentang gerak pasien tampak terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 9 Maret 2024 pukul 09.00 WIB di ruangan Trauma Center, pasien selesai operasi 8 maret 2024 pukul 19.00 WIB, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas dengan skala nyeri 6, pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan masih susah untuk digerakkan, pasien masih berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

2) Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan asam lambung. Pasien mengkonsumsi obat hipertensi amlodipin 5mg sejak 5 tahun. Pasien menderita penyakit DM sudah 4 tahun dengan mengkonsumsi obat glimeperide 2 mg, dan mengkonsumsi obat omeprazole saat asam lambung kambuh. Pasien mengatakan selalu mengontrol kesehatannya ke RS Reksodiwiryo Tk. III Padang

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan memiliki penyakit keturunan yaitu hipertensi dari keluarga orang tua perempuan dan saudara pasien.

d. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Sehat : Pasien makan 3 x sehari dengan porsi sedang, habis dengan komposisi nasi, lauk, sering konsumsi buah dan sayur.

Sakit : Pasien makan 3x sehari dengan porsi sedang, diet TKTP, dan juga pasien memakan buah yang diberikan oleh rumah sakit.

b) Minum

Sehat : Pasien minum air putih 6-8 gelas dalam sehari

Pre Op

Sakit : Pasien minum air aqua sebanyak 1200 ml dalam sehari dan terpasang infus Tutosol 20 tetes/ menit.

Post Op

Sakit : Pasien minum air aqua sebanyak 600 ml dalam sehari dan terpasang infus Tutosol 20 tetes/ menit. Pasien mendapatkan susu MC Diabetasol 3x200c, dan MS DD IV

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : Pasien mengatakan BAB 1x setiap pagi, konsistensi lunak, bau khas, warna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan

Sakit : Pasien mengatakan saat di rumah sakit, pasien menggunakan diapers, BAB 1x sehari, dengan konsistensi lunak, bau khas.

b) BAK

Sehat : BAK 6-7X /hari tidak ada keluhan saat BAK dan berbau khas urine, berwarna kuning.

Sakit : Saat di rumah sakit pasien terpasang kateter, jumlah urine yang keluar sebanyak ± 1500 cc/hari

c) Pola Tidur dan Istirahat

Sehat : Pasien mengatakan tidur selama 6-8 jam / hari dengan pulas.

Sakit : pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari dan mengeluh sulit tidur dan tidak puas tidur. Pasien mengatakan durasi tidur selama 4-6 jam/hari

d) Pola Aktifitas dan latihan

Sehat : Pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri dan tidak dibantu oleh keluarga

Sakit : Pada saat sakit aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat

e) Pola Bekerja

Sehat : Pasien mengatakan keseharian bekerja sebagai ibu rumah tangga dan mengasuh cucu.

Sakit : Selama di rumah sakit hanya istirahat di tempat tidur.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Compos Mentis Kooperatif

Tinggi Badan/ Berat Badan : 160 cm / 75 kg

Pre Op

Tekanan Darah : 128/80 mmHg

Suhu : 36,6⁰ C

Nadi : 90x/menit

Pernapasan : 20x/menit

Post Op

Tekanan Darah : 189/85 mmHg

Suhu : 36,6⁰ C

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit

2) Kepala

Simetris, rambut terlihat bersih, warna hitam dan putih, tidak mudah rontok, tidak ada jejas di kepala.

3) Telinga

Tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada perdarahan dan tidak ada gangguan pendengaran, tampak bersih kita ada kotoran telinga.

4) Mata

Simetris kiri dan kanan, sklera tidak iterik, konjungtiva tidak anemis

5) Hidung

Simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tampak bersih.

6) Mulut

Mulut tampak bersih, sedikit pucat, tidak sianosis, bibir lembab, gigi ada yang berlobang.

7) Leher

Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid

8) Dada

a) Toraks (Paru-Paru)

I : tampak simetris kiri dan kanan

P : fremitus kiri dan kanan

P : sonor

A : vesikuler

b) Jantung

I : iktus kordis tidak terlihat

P : iktus kordis tidak teraba

P : pekak

A : Bunyi jantung S1-S2 Reguler, tidak ada bunyi tambahan

c) Abdomen

I : tampak datar, tidak ada distensi abdomen

A: Bising usus normal 15x/menit

P: timpany

P: tidak ada nyeri tekan

9) Ekstermitas

a) Atas

Pre Op

Kiri : terpasang infus Tutosol 500 ml dengan tetesan infus 20 tetes/menit pada tangan kiri pasien, CRT <2 detik, akral teraba hangat.

Kanan : tidak ada keluhan pada tangan kanan pasien, CRT <2 detik, akral teraba hangat.

Post Op

Kiri : terpasang infus Tutosol 500 ml dengan tetesan infus 20 tetes/menit pada tangan kiri pasien, CRT <2 detik, akral teraba hangat.

Kanan : tidak ada keluhan pada tangan kanan pasien, CRT <2 detik, akral teraba hangat.

b) Bawah

Pre Op

Kiri : tidak ada keluhan pada kaki kiri pasien, akral teraba hangat, CRT < 2 detik.

Kanan : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kanannya karena fraktur pada bagian paha yang skin traksi 4 kg.

Post Op

Kiri : tidak ada keluhan pada kaki kiri pasien, akral teraba hangat, CRT < 2 detik.

Kanan : Terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm pada pangkal paha, tampak sedikit berdarah. Terpasang infus tutosal 500 ml dengan tetesan infus 20 tetes/menit.

f. Data Psikologis

1) Status Emosional

Pasien tampak tenang dan menatap lawan bicara dalam menjawab pertanyaan.

2) Kecemasan

Pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh, sering menanyakan kapan bisa berjalan seperti semula, dan kapan lama pemakaian alat bantu jalan (tongkat).

3) Pola Koping

Pasien mengatakan sudah menerima keadaan yang dialaminya saat ini, serta mengikuti arahan dari dokter dan perawat untuk kesembuhannya

4) Gaya Komunikasi

Pasien berkomunikasi dengan bahasa minang, dapat menjawab setiap pertanyaan yang diberikan dengan jelas.

5) Konsep diri

Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisi sekarang, tidak bisa berjalan selama pemulihan, tidak bisa beraktivitas seperti normal dan aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan merasa memberatkan keluarga nya.

g. Data social

Pasien selalu menjaga hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangga sekitar rumah, terlihat saudara dan anaknya selalu berganti merawat pasien selama di rumah sakit.

h. Data Spiritual

Pasien mengatakan selalu melaksanakan sholat 5 waktu dengan tepat waktu, terlihat pasien melaksanakan sholat zuhur dengan tepat waktu di atas tempat tidur.

i. Data Penunjang

1) Hasil Pemeriksaan Laboratorium (Tanggal 01-03-2024)

| Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai Normal |
|-------------------|-------|-------------|--------------|
| HEMATOLOGI | | | |
| CBC | | | |
| Hemoglobin | 9.4 | g/dl | 12.0-14.0 |
| Leukosit | 14.14 | $10^3/mm^3$ | 5.0-10.0 |
| Hematocrit | 30 | % | 37.0-43.0 |
| Trombosit | 310 | $10^3/mm^3$ | 150-450 |
| MCV | 58 | fL | 82.0-92.0 |
| MCH | 19 | pg | 27.0-31.0 |
| MCHC | 32 | % | 32.0-36.0 |
| RDW-CV | 15.9 | % | 11.5-14.5 |
| HEMOSTASIS | | | |
| PT | | | |

| | | | |
|---------------------|------|--------|-----------|
| PT | 10.3 | detik | 9.3-12.5 |
| INR | 0.84 | | <1.2 |
| PT Kontrol | 10.3 | | |
| APTT | | | |
| APTT | 25.3 | detik | 21.4-29.0 |
| APTT Control | 26.7 | | |
| KIMIA KLINIK | | | |
| Ureum Darah | 32 | mg/dL | 10-50 |
| Kreatinin Darah | 1.0 | mg/dL | 0.6-1.2 |
| Gula Darah Sewaktu | 240 | mg/dL | 50-200 |
| ELEKTROLIT | | | |
| Natrium | 141 | mmol/L | 136-145 |
| Kalium | 3.8 | mmol/L | 3.5-5.1 |
| Klorida | 111 | mmol/L | 97-111 |

Hasil Pemeriksaan Laboratorium (09-03-2024)

Post CRIF PFNA due to closed Fracture of right intertrochanter

| Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai Normal |
|--------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| HEMATOLOGI | | | |
| CBC | | | |
| Hemoglobin | 9.6 | g/dl | 12.0-14.0 |
| Leukosit | 11.53 | $10^3/\text{mm}^3$ | 5.0-10.0 |
| Hematocrit | 30 | % | 37.0-43.0 |
| Trombosit | 225 | $10^3/\text{mm}^3$ | 150-450 |
| MCV | 60 | fL | 82.0-92.0 |
| MCH | 19 | pg | 27.0-31.0 |
| MCHC | 32 | % | 32.0-36.0 |
| RDW-CV | 20.7 | % | 11.5-14.5 |

2) Pemeriksaan Rontgen

Pre Op



Post Op



j. Program dan rancana Pengobatan

Pre Op

- 1) Terpasang skin traksi 4 kg
- 2) Pro CRIF PFNA
- 3) Transfusi PRC 1 unit
- 4) IVFD Tutosol 20 tpm
- 5) Na diclofenac 3x50 mg
- 6) Inj. Ranitidine 2x50 mg

Post Op

- 1) Diit MC Diabetasol 3x200 cc (oral)
- 2) Transfusi PRC 1 unit
- 3) Inj. Ranitidine 2x50 mg
- 4) Inj. Ketorolac 3x30mg
- 5) Inj. Ampicillin 3x 1g

2. ANALISA DATA

Pre Op

| Data | Masalah | Etiologi |
|---|---------------------|-------------------------------|
| DS : 1. Pasien mengeluh nyeri saat kaki kanan digerakkan, 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 6 DO 1. Pasien kadang tampak meringis saat menggerakkan panggulnya 2. pasien tampak gelisah, 3. pasien tampak agak pucat. | Nyeri Akut | Agen Pencedera Fisik (Trauma) |
| DS: 1. pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari, 2. pasien mengeluh sulit tidur 3. pasien mengeluh tidak puas tidur DO: - | Gangguan Pola Tidur | Hambatan Lingkungan |
| DS : 1. pasien mengeluh sulit tidur 4. pasien merasa khawatir dengan kondisi saat ini DO : 1. Pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh 2. Pasien sering menanyakan kapan bisa berjalan seperti semula, dan kapan lama pemakaian alat bantu jalan (tongkat). 3. Pasien tampak gelisah | Ansietas | Ancaman terhadap konsep diri |

Post Op

| Data | Masalah | Etiologi |
|---|--------------------------|---|
| <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanan2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas3. Pasien mengatakan skala nyeri 64. Pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi, <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak gelisah2. Pasien tampak meringis3. Pasien tampak agak pucat,4. Terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah.5. Tekanan darah : 185/85 mmHg | Nyeri Akut | Agen pencedera fisik (prosedur operasi) |
| <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. pasien merasa cemas menggerakkan kaki kanannya karena post op pemasangan ORIF2. pasien mengatakan kaki terasa nyeri saat digerakkan,3. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rentang gerak pasien tampak terbatas2. Pasien masih berbaring di tempat tidur3. Pasien mulai bias menggerakkan jari kaki secara perlahan. | Gangguan Mobilitas Fisik | Kerusakan Integritas Struktur Tulang |
| <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kaki | Risiko Infeksi | Efek prosedur invasif |

| | | |
|---|--------------------------------|---------------------|
| sebelah kanan seperti berdenyut-denyut dan kadang terasa panas DO : 1. Terdapat tiga titik luka post operasi yang ditutupi perban sepanjang 3cm, tampak sedikit berdarah. 2. Pada hasil labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL Leukosit $11.53 \times 10^3/\text{mm}^3$ | | |
| DS : 1. Pasien mengatakan kadang terasa sesak napas DO : 1. Tekanan Darah : 189/85 mmHg 2. Kulit pasien tampak pucat 3. Hasil pemeriksaan labor menunjukkan Hemoglobin 9.6 g/dL | Risiko Penurunan Curah Jantung | Perubahan afterload |

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pre Op

| No | Diagnosa keperawatan | Ditemukan masalah | | Dipecahkan | |
|----|---|--------------------|--|------------|-------|
| | | Tgl | | Tgl | Paraf |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (trauma). | 3 Maret 2024 | | | |
| 2. | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan | 3 Maret 2024 | | | |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | 3 Maret 2024 | | | |

Post Op

| No | Diagnosa keperawatan | Ditemukan masalah | | Dipecahkan | |
|----|--|-------------------|--|------------|-------|
| | | Tgl | | Tgl | Paraf |
| 1. | Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | 9 Maret 2024 | | | |
| 2. | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang | 9 Maret 2024 | | | |
| 3. | Risiko Infeksi Efek dibuktikan dengan prosedur invasive | 9 Maret 2024 | | | |
| 4. | Risiko Penurunan Curah Jantung dibuktikan dengan perubahan afterload | 9 Maret 2024 | | | |

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Pre Op

| No | Diagnosis Keperawatan | SLKI | SIKI |
|----|---|---|--|
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (trauma). | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun. | <p>Manajemen nyeri (L. 08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.. 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup . 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi murotal). 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | | analgetik, jika perlu. |
| 2. | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, Pola Tidur membaik , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun | Dukungan Tidur (I. 0517) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur <i>Terapeutik</i> 1. Modifikasi lingkungan (mis pengcahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Fasilitasi meghilangkan stress sebelum tidur 3. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk mengurangi siklus tidur -terjaga <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Tingkat Ansietas menurun , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku tegang menurun | Reduksi Ansietas (1.09314) <i>Observasi :</i> 1. Monitor tanda-tanda ansietas <i>Terapeutik :</i> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan prosedur, |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <ol style="list-style-type: none"> Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih teknik relaksasi |
|--|--|--|--|

Post Op

| No | Diagnosis Keperawatan | SLKI | SIKI |
|----|--|---|--|
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik. | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat. Keluhan nyeri menurun Meringis menurun. Gelisah menurun. Kesulitan tidur menurun. Ketegangan otot menurun. Nafsumakan menurun. | <p>Manajemen nyeri (L. 08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi respon nyeri non verbal. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup . Monitor keberhasilan terapi koplementer yang sudah diberikan. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi nafas dalam, terapi murotal). Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | | <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan terbatas menurun. | <p>Dukungan Mobilisasi (1.06171)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | | <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi . 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk d tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). |
| 3. | Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan infasif | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik | <p>Pencegahan infeksi (I.14539))</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda da gejala infeksi lokal sistemik. <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cuci tangan dengan benar. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 4. | <p>Risiko Penurunan Curah Jantung dibuktikan dengan perubahan afterload</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam, maka Curah Jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Pucat menurun 3. Tekanan darah membaik | <p>Perawatan jantung (L.02075)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea) 2. Monitor tekanan darah <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diset jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). 3. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, <i>jika perlu</i> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i>. |
|----|---|---|--|

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Pre Op

| Tgl | Diagnosa Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|-----------------------|---|--|---|
| Minggu, 03 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi murotal 5. Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. 7. Memberikan transfuse PRC 1 unit | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih keliatan sedikit meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg 4. Tanda-tanda vital : TD : 128/80 mmHg S ; 36,6 N : 85x/menit RR : 20x/menit <p>A :</p> <p>Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi murotal</p> |
| | Gangguan Pola Tidur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pola tidur pasien 2. Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music 3. Mengajarkan keluarga | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih sering terjaga tiap malam 2. Pasien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata pasien tampak kelelahan |

| | | | |
|----------------------------|--|---|---|
| | | <p>untuk mengatur posisi pasien nyaman mungkin sebelum tidur</p> | <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan : Dukungan Tidur</p> |
| | <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien 2. Melakukan pendekatan yang tenang 3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | <p>S : 1. Pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakan takut tidak bisa berjalan seperti biasa 3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarganya O ; 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya sampai kapan bisa berjalan tanpa menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) A ; Masalah Ansietas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Reduksi Ansietas</p> |
| <p>Senin, 4 Maret 2024</p> | <p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 | <p>S: 1 Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan 2 Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk 3 Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 O: 1. Pasien masih keliatan sedikit meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg 4. Tanda-tanda vital : TD : 125/80 mmHg</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>mg</p> <p>6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan.</p> | <p>S ; 36,6 N : 80x/menit RR : 19x/menit</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan Pola Tidur | <p>1. Menanyakan pola tidur pasien</p> <p>2. Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music</p> <p>3. Mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur</p> | <p>S : 1. Pasien mengatakan masih sering terjaga tiap malam 2. Pasien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari</p> <p>O : 1) Mata pasien tampak kelelahan</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan : Dukungan Tidur</p> |
| | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | <p>1. Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien</p> <p>2. Melakukan pendekatan yang tenang</p> <p>3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien</p> <p>4. Mengajarkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien</p> <p>5. Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara</p> | <p>S : 1. Pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakan takut tidak bisa berjalan seperti biasa 3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarga nya</p> <p>O ; 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya sampai kapan bisa berjalan tanpa menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)</p> <p>A : Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :</p> |

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| | | berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | Intervensi dilanjutkan Reduksi Ansietas |
| Selasa, 05 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 185/90 mmHg 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih keliatan sedikit meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg 4. Tanda-tanda vital : TD : 165/90 mmHg S ; 36,6 N : 80x/menit RR : 19x/menit <p>A :</p> <p>Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan Pola Tidur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pola tidur pasien 2. Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music 3. Mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih sering terjaga tiap malam 2. Pasien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari <p>O :</p> <p>Mata pasien tampak kelelahan</p> <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan : Dukungan Tidur</p> |

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| | | | |
| | Anxietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien 2. Melakukan pendekatan yang tenang 3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien 4. Mengajarkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakan takut tidak bisa berjalan seperti biasa 3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarganya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya sampai kapan bisa berjalan tanpa menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) <p>A ;</p> <p>Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Reduksi Ansietas</p> |
| Rabu, 6 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 170/85 mmHg 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih keliatan sedikit meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg 5. Tanda-tanda vital : TD : 160/83 mmHg S ; 36,6 N : 77x/menit RR : 18x/menit <p>A :</p> <p>Masalah nyeri belum teratasi</p> |

| | | | |
|---------------------|--|---|--|
| | | nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | P : Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi murotal |
| | Gangguan Pola Tidur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pola tidur pasien 2. Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music 3. Mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih sering terjaga tiap malam 2. Pasien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari <p>O :</p> <p>Mata pasien tampak kelelahan</p> <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan : Dukungan Tidur</p> |
| | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien 2. Melakukan pendekatan yang tenang 3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakan takut tidak bisa berjalan seperti biasa 3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarga nya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya sampai kapan bisa berjalan tanpa menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) <p>A ;</p> <p>Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Reduksi Ansietas</p> |
| Kamis, 7 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | (trauma) | <p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 170/85 mmHg Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien masih keliatan sedikit meringis Pasien masih tampak gelisah Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg Tanda-tanda vital : TD : 135/80 mmHg S ; 36,6 N : 82x/menit RR : 19x/menit <p>A :</p> <p>Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan Pola Tidur | <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan pola tidur pasien Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music Mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien nyaman mungkin sebelum tidur | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih sering terjaga tiap malam Pasien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari <p>O :</p> <p>Mata pasien tampak kelelahan</p> <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan : Dukungan Tidur</p> |
| | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap | <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisinya saat ini Pasien mengatakan takut tidak bisa berjalan seperti biasa |

| | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| | konsep diri | <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan pendekatan yang tenang 3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | <p>3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarganya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya sampai kapan bisa berjalan tanpa menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) <p>A ;</p> <p>Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Reduksi Ansietas</p> |
| Jum'at, 8 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 185/90 mmHg 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi murotal 5. Memberikan obat pasien yaitu Na diclofenac 3x50 mg (oral) Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area panggul dan kaki kanan 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti ditusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 5 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih keliatan sedikit meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah meminum obat Na diclofenac 50mg 4. Tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmHg S : 36,5 N : 78x/menit RR : 19x/menit <p>A :</p> <p>Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi murotal</p> |
| | Gangguan Pola Tidur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pola | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan keluhan sulit |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | <p>tidur pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengajarkan pasien cara menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara mendengarkan music Mengajarkan keluarga untuk mengatur posisi pasien senyaman mungkin sebelum tidur | <p>tidur dan sering terbangun pada malam hari sudah tidak ada lagi</p> <p>O :</p> <p>Mata pasien tampak tidak kelelahan lagi</p> <p>A :</p> <p>Masalah gangguan pola tidur sudah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p> |
| | <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p> | <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien Melakukan pendekatan yang tenang Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien Melatih keluarga pengalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan perasaan cemas sudah berkurang Pasien mengatakan sudah tidak memikirkan kapan bisa berjalan seperti biasa lagi Pasien mengatakan perasaan memberatkan keluarga sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien sudah tidak sering bertanya lagi <p>A :</p> <p>Masalah Ansietas sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> |

Post Op

| Tgl | Diagnosa Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|----------------------|---|--|---|
| Sabtu, 10 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 190/90 mmHg 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Inj. Ranitidine 2x50 mg Inj. ketorolac 30 mg Amplodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanan post operasi masih terasa nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih berdenyut-denyut kadang terasa panas dengan skala nyeri 6 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Obat injeksi ketorolac 30 mg sudah diberikan 4. Tanda-tanda vital pasien TD : 162/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit <p>A:</p> <p>Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Manajemen Nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital pasien 2. Mengajarkan dan menganjurkan pasien mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan 3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri 4. Meminta keluarga untuk membantu pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa takut untuk menggerakkan kakinya 2. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan masih susah untuk digerakkan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak berbaring ditempat tidur 2. Pasien tampak masih |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | | <p>takut untuk menggerakkan kakinya.</p> <p>3. Gerakan pasien masih keliatan terbatas</p> <p>A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi</p> |
| | Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan infasif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 2. Mengukur tanda-tanda vital pasien 3. Memberikan obat antibiotic pasien sesuai orderan dokter Inj.Ampicillin 3x 1gr 4. Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi\ 2 Nyeri yang dirasakan pasien seperti berdenyut-denyut kadang terasa panas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perban pada luka pasien masih tampak sedikit berdarah 2. Tanda-tanda vital pasien TD : 162/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit 3. Antibiotik sudah diberikan <p>A : Masalah Risiki Infeksi Belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan : Pencegahan Infeksi</p> |
| | Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien semi-fowler 2. Mengukur tekanan darah pasien TD : 190/ 90 mmHg 3. Memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien 4. Memberikan obat sesuai dosis dokter Amplodipin 1x10 mg Candersartan 1x8mg Transfusi PRC 1 unit | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital pasien TD : 162/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit 2. Pasien masih tampak pucat 3. Hemoglobin 10,1 g/dL |

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| | | | <p>A : Masalah Risiko penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Perawatan Jantung</p> |
| Minggu, 11 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD: 192/90 mmHg 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Inj. Ranitidine 2x50 mg Amlodipin 1x10 mg Candesartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanan post operasi masih terasa nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih berdenyut-denyut kadang terasa panas dengan skala nyeri 6 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Obat injeksi ketorolac 30 mg sudah diberikan 4. Tanda-tanda vital pasien TD : 170/85 mmHg N : 70 x/menit RR : 19x menit <p>A: Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Manajemen Nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital pasien 2. Mengajarkan dan menganjurkan pasien mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan 3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri 4. Meminta keluarga untuk membantu pasien 5. Menganjurkan pasien duduk secara perlahan | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa takut untuk menggerakkan kakinya 2. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan masih susah untuk digerakkan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak berbaring ditempat tidur 2. Pasien tampak masih |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>takut untuk menggerakkan kakinya.</p> <p>3. Gerakan pasien masih keliatan terbatas</p> <p>4. Pasien tampak sudah bisa duduk</p> <p>A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi</p> |
| | Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan infasif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien 2. Mengukur tanda-tanda vital pasien 3. Memberikan obat antibiotic pasien sesuai orderan dokter 4. Inj.Ampicillin 3x 1gr 5. Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi\ 2. Nyeri yang dirasakan pasien seperti berdenyut-denyut kadang terasa panas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perban pada luka pasien masih tampak sedikit berdarah 2. Tanda-tanda vital pasien TD : 170/85 mmHg N : 70 x/menit RR : 19x menit 3. Antiobitik sudah diberikan <p>A : Masalah Risiko Infeksi Belum Teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan : Pencegahan Infeksi</p> |
| | Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien semi-fowler 2. Mengukur tekanan darah pasien TD : 192/ 90 mmHg 3. Memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien 4. Memberikan obat sesuai dosis dokter Amplodipin 1x10 mg | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital pasien TD : 170/85 mmHg N : 70 x/menit RR : 19x menit 2. Pasien masih tampak pucat |

| | | | |
|----------------------------|---|---|--|
| | | Candersartan 1x8mg Transfusi PRC 1 unit | 3. Hemoglobin 10,1 g/dL A : Masalah Risiko penurunan curah jantung belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Perawatan Jantung |
| Senin, 12 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien 4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi mural 5. Memberikan obat pasien yaitu Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candersartan 1x8mg 6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanan post operasi masih terasa nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih berdenyut-denyut kadang terasa panas dengan skala nyeri 6 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Obat injeksi ketorolac 30 mg sudah diberikan 4. Tanda-tanda vital pasien TD : 190/90 mmHg N : 70 x/menit RR : 20x menit <p>A :</p> <p>Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Manajemen Nyeri : mengajarkan teknik napas dalam dan terapi mural</p> |
| | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital pasien 2. Mengajarkan dan menganjurkan pasien mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan 3. Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri 4. Meminta keluarga untuk membantu pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa takut untuk menggerakkan kakinya 2. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan masih susah untuk digerakkan |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | 5. Menganjurkan pasien duduk secara perlahan | <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak berbaring ditempat tidur 2. Pasien tampak masih takut untuk menggerakkan kakinya. 3. Gerakan pasien masih keliatan terbatas <p>A:</p> <p>Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan Dukungan Mobilisasi</p> |
| | Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan infasif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Mengukur tanda-tanda vital pasien 2. Memberikan obat antibiotic pasien sesuai orderan dokter Inj.Ampicillin 3x 1gr 3. Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi 2. Nyeri yang dirasakan pasien seperti berdenyut-denyut kadang terasa panas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perban pada luka pasien masih tampak sedikit berdarah 2. Tanda-tanda vital pasien TD : 190/90mmHg N : 70 x/menit RR : 20x menit 3. Antibiotik sudah diberikan <p>A :</p> <p>Masalah Risiki Infeksi Belum Teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan : Pencegahan Infeksi</p> |
| | Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien semi-fowler 2. Mengukur tekanan darah pasien TD : 192/ 90 mmHg 3. Memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital pasien TD : 190/90mmHg N : 70 x/menit |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| | | <p>4. Memberikan obat sesuai dosis dokter Amplodipin 1x10 mg Candersartan 1x8mg Transfusi PRC 1 unit</p> | <p>RR : 20x menit 2. Pasien masih tampak pucat 3. Hemoglobin 10,1 g/dL</p> <p>A : Masalah Risiko penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P : Inyervensi dilanjutkan Perawatan Jantung</p> |
| Selasa. 13 Maret 2024 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) | <p>1. Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>2. Melihat respon nyeri pasien</p> <p>3. Mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 150/80 mmHg</p> <p>4. Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara teknik napas dalam dan terapi murotal</p> <p>5. Memberikan obat pasien yaitu Inj. Ranitidine 2x50 mg Amplodipin 1x10 mg Candersartan 1x8mg</p> <p>6. Menanyakan kembali keluhan nyeri yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan.</p> <p>7. Memberikan obat pulang pasien Cefixime 2x 200mg Ranitidine 2x 150 mg Paracetamol 3 x 500 mg Amlodipine 1 x 5 mg Candesartan 1 x 8 mg Metformin 2 x 500 mg Glimepiride 1 x 2mg</p> | <p>S : 1. Pasien mengatakan kaki kanan post operasi nyeri post operasi sudah berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih berdenyut-denyut kadang terasa panas dengan skala nyeri 6</p> <p>O : 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Obat injeksi ketorolac 30 mg sudah diberikan 4. Tanda-tanda vital pasien TD : 130/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit</p> <p>A: Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan di rumah</p> |
| | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur | <p>1. Mengukur tanda-tanda vital pasien</p> <p>2. Mengajarkan dan menganjurkan pasien</p> | <p>S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa untuk menggerakkan kakinya</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | tulang. | <p>mobilisasi dini dengan cara menggerakkan kaki secara perlahan</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan kiri Meminta keluarga untuk membantu pasien Menganjurkan pasien duduk secara perlahan | <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat Pasien mengatakan kaki sebelah kanan sudah bisa untuk digerakkan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien sudah bisa duduk Pasien tampak sudah bisa untuk menggerakkan kakinya. Gerakan pasien sudah mulai bebas Pasien pulang dengan posisi duduk <p>A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan di rumah</p> |
| | Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan infasif | <ol style="list-style-type: none"> Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Mengukur tanda-tanda vital pasien Memberikan obat antibiotic pasien sesuai orderan dokter Inj.Ampicillin 3x 1gr Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Memberikan obat pulang pasien Cefixime 2x 200mg Ranitidine 2x 150 mg Paracetamol 3 x 500 mg Amlodipine 1 x 5 mg Candesartan 1 x 8 mg Metformin 2 x 500 mg Glimepiride 1 x 2mg | <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi pasien sudah berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Luka post operasi pasien sudah mengering Tanda-tanda vital pasien TD : 130/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit Antibiotik sudah diberikan <p>A: Masalah Risiko Infeksi sudah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan di rumah</p> |
| | Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan | <ol style="list-style-type: none"> Memposisikan pasien semi-fowler Mengukur tekanan darah | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang |

| | | | |
|--|---------------------|---|--|
| | perubahan afterload | <p>pasien TD : 150/80 mmHg</p> <p>3. Memberikan terapi relaksasi napas kepada pasien</p> <p>4. Memberikan obat sesuai dosis dokter Amplodipin 1x10 mg Candersartan 1x8mg Transfusi PRC 1 unit</p> | <p>O :</p> <p>1. Tanda-tanda vital pasien TD : 130/85 mmHg N : 75 x/menit RR : 19x menit</p> <p>2. Pasien masih tampak pucat</p> <p>3. Hemoglobin 10,1 g/dL</p> <p>A :</p> <p>Masalah Risiko penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <p>P : Inyervensi dilanjutkan di rumah : Perawatan Jantung</p> |
|--|---------------------|---|--|

ORIGINALITY REPORT

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 15% SIMILARITY INDEX | 14% INTERNET SOURCES | 4% PUBLICATIONS | 15% STUDENT PAPERS |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|

PRIMARY SOURCES

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan <small>Student Paper</small> | 4% |
| 2 | es.scribd.com <small>Internet Source</small> | 2% |
| 3 | repository.poltekkes-kaltim.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 4 | pustaka.poltekkes-pdg.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 5 | repository.poltekkes-tjk.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 6 | Submitted to Universitas Andalas <small>Student Paper</small> | 1% |
| 7 | Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong <small>Student Paper</small> | 1% |
| 8 | eprints.poltekkesjogja.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 9 | repo.stikesalifah.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 10 | koleksidokumenku.blogspot.com <small>Internet Source</small> | 1% |
| 11 | repository.poltekkesbengkulu.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 12 | Submitted to Universitas Respati Indonesia <small>Student Paper</small> | 1% |
| 13 | repository.unimugo.ac.id <small>Internet Source</small> | 1% |
| 14 | Submitted to Poltekkes Kemenkes Pontianak <small>Student Paper</small> | 1% |

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches Off

