

KARYA TULIS ILMIAH

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



**SALSA BILLA MUHARAMAH
223110270**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Dianjurkan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**SALSA BILLA MUHARAMAH
223110270**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

DALAMKA PENGESAHAN

KARYA SITI HUSNATI

Sebagai salah satu persyaratan dalam memenuhi tugas mata kuliah
"Kelembagaan & Organisasi & Manajemen" pada hari Selasa, 12 Januari 2022

Diketahui Oleh

Waktu : 12 Januari 2022
Tempat : ...

Teknik pengumpulan data dan informasi dari ...
pada tanggal 12 Januari 2022

BERIKUT INI BAWA PENGESAHAN

Teknik

No. ...
...

...

No. ...
...

...

No. ...
...

...

No. ...
...

...
...

...
...

DECLARATION OF INTEREST

I, the undersigned, declare that I have no financial interest in the project described in the attached proposal, and that I have no financial interest in the project described in the attached proposal.

Name: SALVATORE M. D'AMICO
Address: 11111 11111
Phone Number: 111-111-1111



Date: 11/11/11

DECLARATION OF INTEREST

PERNYATAAN DISKONTINUITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap
NIK
Tempat/Tanggal lahir
Tempat tinggal
Alamat
Tempat tinggal saat ini
Alamat, tempat tinggal, dan pekerjaan

Menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami isi dari
 Surat Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia
 Nomor 101/2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Pendidikan dan
 Kebudayaan Nomor 101/2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri
 Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 101/2016.

Apabila saya melanggar ketentuan yang terdapat dalam Surat Keputusan
 Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 101/2016, saya bersedia
 menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Melakukan pernyataan ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

.....

.....



.....

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Salsa Billa Muharamah
NIM : 223110270
Tempat, Tanggal Lahir : Sago, 22 Februari 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Teluk Nibung
Nama Orang Tua
Ayah : Syamsir Delli
Ibu : Titik Sumanti

Riwayat Pendidikan :

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Aisyah	2009-2010
2.	SD	SD N 27 Sago	2010-2016
3.	SMP	SMP N 1 Painan	2016-2019
4.	SMA	SMA N 2 Painan	2019-2022
5.	D-III Keperawatan Padang	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025”. Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, penulisan Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna. Namun, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu maka, peneliti akan kesulitan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti sangat mengucapkan banyak terima kasih kepada ibu Ns. Netti, S.Kep.,M.Pd.,M.Kep selaku pembimbing utama dan ibu Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep., M. Biomed selaku pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur Utama 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. Delima, S.Pd, M.Kes selaku Pembimbing Akademik selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
6. Bapak dan Ibu dosen beserta staff yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
7. Kedua orang tua dan keluarga yang telah memberikan do'a semangat, perhatian, dan bantuan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, sehingga dapat terselesaikan dengan baik

8. Sahabat, teman-teman yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

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

Padang, 04 Juni 2025

Peneliti

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025
Salsa Billa Muharamah**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur Di Ruang
Bedah Trauma Center dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Isi : xvi + 67 halaman + 1 bagan + 1 tabel + 12 lampiran

ABSTRAK

Fraktur femur merupakan rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha disebabkan trauma langsung dan tidak langsung. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 di Indonesia fraktur femur disebabkan kecelakaan lalu lintas. Berdasarkan Dinas Kesehatan Sumatera Barat fraktur femur mengalami peningkatan, dari tahun 2017 terdapat 113 kasus dan tahun 2018 terdapat 128 kasus. Pada tahun 2024 di ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang yang mengalami fraktur femur pada bulan September sampai dengan November sebanyak 24 orang. Tujuan penelitian yaitu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Jenis penelitian ini deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan di ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada bulan Maret sampai dengan bulan April 2025. Populasi penelitian berjumlah 1 orang pasien fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sample penelitian 1 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dengan teknik *purposive sampling*.

Hasil penelitian didapatkan pasien *pre op* mengeluh nyeri bagian panggul kanannya, keterbatasan bergerak, cemas dengan kondisinya. Diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, ansietas. *Post op* pasien mengeluh nyeri, sulit untuk menggerakkan kakinya, kulit pucat. Diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik. Implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan intervensi yaitu manajemen nyeri, perawatan sirkulasi, dukungan mobilisasi. Evaluasi keperawatan hari ke7 didapatkan nyeri dan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, dan perfusi perifer tidak efektif teratasi. Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi RSUP Dr.M.Djamil Padang dan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Fraktur Femur

Daftar Pustaka : 45 (2013-2024)

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	 7
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi	7
3. Klasifikasi	8
4. Manifestasi Klinis	12
5. Patofisiologi	13
6. WOC	15
7. Penatalaksanaan.....	16
8. Pemeriksaan Penunjang	18
9. Komplikasi.....	19
B. Konsep Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian Keperawatan	20
2. Diagnosa Keperawatan	27
3. Perencanaan Keperawatan	28
4. Implementasi	32
5. Evaluasi	32
 BAB III METODE PENELITIAN	 33
A. Jenis dan Desain Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
C. Populasi dan Sempel.....	33
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	34
E. Metode Pengumpulan Data	35
F. Jenis-Jenis Data	36

G.	Prosedur Pengambilan Data.....	36
H.	Analisa Data	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		38
A.	Deskripsi Lokasi Penelitian	38
B.	Deskripsi Kasus.....	38
1.	Pengkajian Keperawatan	38
2.	Diagnosis Keperawatan	40
3.	Intervensi Keperawatan	42
4.	Implementasi Keperawatan	45
5.	Evaluasi Keperawatan	47
C.	Pembahasan	49
1.	Pengkajian	49
2.	Diagnosis Keperawatan	53
3.	Intervensi Keperawatan	56
4.	Implementasi Keperawatan	60
5.	Evaluasi Keperawatan	63
BAB V PENUTUP		66
A.	KESIMPULAN	66
B.	SARAN.....	67
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.7 WOC Fraktur Femur	14
-----------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Perencanaan Keperawatan	26
---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Jenis Fraktur Femur	9
Gambar 2.2 Fraktur Unlplaced	10
Gambar 2.3 Fraktur Displaced	10
Gambar 2.4 Fraktur Kompresi atau Fraktur Remuk	10
Gambar 2.5 Fraktur Femur tertutup	11
Gambar 2.6 Fraktur Femur terbuka	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Ganchart Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 2	Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
Lampiran 3	Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
Lampiran 4	Surat Izin Pengambilan Data dari Kemenkes Poltekkes Padang
Lampiran 6	Surat Survey Awal ke RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 7	Surat Izin Penelitian Dari Kemenkes Poltekkes Padang
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 9	Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)
Lampiran 10	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 11	Laporan Pengkajian Asuhan Keperawatan
Lampiran 12	Surat selesai penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 13	Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan kerusakan pada kontinuitas tulang, keparahan yang dialami fraktur berdasarkan jenis dan lokasinya. Fraktur terjadi pada kelompok usia, kondisi ini umum pada orang yang mengalami trauma terus-menerus atau pada pasien lansia ¹. Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang disebabkan oleh tekanan atau trauma ². Menurut Badan Pusat Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 menyatakan bahwa prevalensi fraktur di dunia yaitu kurang lebih 13 juta orang. Fraktur pada tahun 2022 terdapat fraktur semakin meningkat, mencatat fraktur kurang lebih 440 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7% ³.

Fraktur disebabkan oleh trauma langsung seperti kecelakaan mobil atau jatuh dari ketinggian. Pada penelitian Ahmad (2020) mengatakan bahwa fraktur karena trauma sebanyak 186 kasus dengan prevalensi 72,7% dan penyakit patologis sebanyak 70 kasus dengan prevalensi 27,3% ⁴.

Fraktur memiliki klasifikasi yang diantaranya yaitu sifat fraktur (fraktur terbuka dan fraktur tertutup). Berdasarkan posisi fraktur (1/3 proksimal, 1/3 medial, 1/3 distal). Sedangkan tempat lokasi fraktur terdiri dari fraktur femur, tibia, humerus, clavicula, ulna, radius, cruris dan lainnya ⁵. Di Indonesia, kasus fraktur femur merupakan kasus yang tinggi dengan prevalensi 39%, disertai fraktur humerus (15%) dan fraktur tibia dan fibula (11%) ⁶.

Fraktur femur merupakan rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang disebabkan adanya trauma langsung dan tidak langsung, dapat terjadi kelelahan pada otot. Hilangnya kontinuitas tulang paha, disertai adanya kerusakan jaringan lunak seperti otot, kulit, jaringan saraf dan pembuluh

darah ¹. Fraktur femur merupakan retakan atau patahan pada tulang paha yang dapat berupa fraktur terbuka disertai adanya kerusakan jaringan lunak sedangkan fraktur tertutup tidak adanya kerusakan jaringan lunak ⁷. Menurut penelitian Rachman & Rusjdi (2023) jenis fraktur femur yang paling banyak yaitu fraktur femur tertutup dengan prevalensi (91,6%) sedangkan pada fraktur femur terbuka dengan prevalensi (8,4%) ⁸. Insiden pada fraktur femur di Indonesia merupakan yang paling sering terjadi sebesar 39% diikuti fraktur humerus (15%), fraktur tibia dan fibula (11%), dimana penyebab terbesar fraktur femur adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor, atau kendaraan rekreasi (62,6%) dan jatuh (37,3%) dan mayoritas adalah pria (63,8%). 4,5% puncak distribusi usia pada fraktur femur adalah pada usia dewasa (15 – 34 tahun) dan orang tua (diatas 70 tahun) ⁹.

Fraktur femur dapat menyebabkan trauma pada saraf, trauma pada pembuluh darah, komplikasi pada tulang, dan dapat menimbulkan emboli tulang. Fraktur femur juga dapat terjadinya rasa nyeri yang mengganggu dan perdarahan ¹⁰. Terjadinya fraktur femur di Sumatera Barat yang mengalami kecelakaan sebanyak 2,5% ⁹. Dinas kesehatan provinsi Sumatera Barat mencatat kejadian fraktur femur pada tahun 2017 terdapat 113 kasus dan pada tahun 2018 fraktur femur meningkat dengan 128 kasus ⁹. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Sumatera Barat, 2023. Fraktur femur dapat terjadinya kasus kecelakaan di Sumatera Barat pada tahun 2022 dengan angka kejadian kecelakaan 2.956 kasus, hal ini sedikit menurun dibandingkan dengan angka kejadian pada tahun 2021 mencapai 2.973 kasus kecelakaan ¹¹. Tingginya angka kejadian kecelakaan lalu lintas dapat menyebabkan angka kejadian fraktur meningkat ¹¹.

Manifestasi pada fraktur femur yaitu terjadinya nyeri, kurang atau hilangnya sensasi, krepitasi, pergerakan abnormal, deformitas, bengkak atau edema ekimosis (memar), spasme otot ². Pada tanda dan gejala

fraktur femur seperti mati rasa dan kesemutan, masalah pada pergerakan anggota tubuh. Berdasarkan manifestasi yang disebabkan oleh fraktur femur berdampak terhadap fisik, social, dan spiritual penderita. Dampak pada fisik dari fraktur femur yaitu nyeri yang mengganggu, keterbatasan rentang gerak dan pergerakan lambat sehingga membutuhkan orang lain untuk beraktivitas ¹².

Penatalaksanaan fraktur femur terdiri dari reduksi, rentensi, dan rehabilitasi. Rehabilitasi merupakan mengembalikan aktivitas fungsi tubuh secara optimal, pada rehabilitasi ini perawat sangat berperan penting mengajari pasien untuk melakukan mobilisasi atau latihan rentang gerak. Latihan yang diberikan kepada pasien yaitu ROM 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 ¹². Pada penelitian yang dilakukan oleh Boangmanalu (2023) melalui penelusuran *Literatur Review* menyatakan bahwa latihan mobilisasi dini lebih baik dilakukan pada 2-6 minggu pasca operasi untuk mengurangi kontraktur sendi, atrofi tulang, dan membantu untuk kembali beraktivitas lebih awal ¹³.

Peran perawat sangat penting dalam memberikan Asuhan keperawatan dalam memberikan proses keperawatan pada pasien fraktur femur, yang dilakukan oleh perawat dan bekerja sama tim kesehatan lainnya, dalam mengidentifikasi masalah keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan ¹⁴, Peran perawat memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien fraktur femur untuk menangani masalah keperawatan seperti mengurangi masalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, resiko gangguan integritas kulit, resiko infeksi, resiko disfungsi neurovaskuler, defisit nutrisi. Tindakan mandiri

yang dapat di ajarkan oleh perawat kepada pasien antara lain teknik relaksasi napas dalam dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan imobilisasi dini sehingga pasien merasa lebih nyaman ¹⁴.

Penelitian Nadia (2024) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Centar RSUP DR. M. Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/ jaringan, perfusi perifer tidak efektif, resiko infeksi. Intervensi nyeri yang dilakukan yaitu melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan pasien untuk mengurangi nyeri dengan Teknik nonfarmakologi seperti Teknik relaksasi nafas dalam dan mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri pada pasien yaitu suhu ruang, pencahayaan, dan kebisingan. Untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu mengajarkan cara aktivitas ambulasi dengan alat bantu seperti tongkat atau kruk dan mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan seperti berjalan dari tempat tidur ke kursi roda ¹⁵. Sedangkan penelitian Fauzi (2023) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang di dapatkan masalah keperawatannya adalah nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, ansietas. Dari dua penelitian diatas adanya perbedaan pada masalah keperawatan. Tahap perencanaan yang dilakukan Nadia dan Fauzia memiliki beberapa persamaan yaitu merencanakan tindakan manajemen nyeri, mengontrol nyeri, edukasi teknik relaksasi napas dalam, pemberian analgetik, dukungan ambulasi, dan pencegahan infeksi ¹⁶.

Berdasarkan hasil data rekam Medis RSUP DR. M. Djamil Padang pada tahun 2021 jumlah pasien yang mengalami fraktur femur sebanyak 147 orang. Pada tahun 2022 jumlah pasien yang mengalami fraktur femur sebanyak 168 orang. Sedangkan pada tahun 2023 yang mengalami fraktur femur sebanyak 103 orang. Data yang diperoleh dari Ruang Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang pada tahun 2024 bulan

September sampai November sebanyak 23 orang. Pada tahun 2021 sampai 2022 kasus fraktur femur mengalami peningkatan, namun tahun 2023 dan 2024 bulan September sampai November mengalami penurunan pada fraktur femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang ¹⁷. Walaupun mengalami penurunan, dampak yang ditimbulkan fraktur femur akan berbahaya jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat. Hal ini dikarenakan fraktur femur merupakan kasus kegawadaruratan trauma ¹.

Survey awal peneliti lakukan pada tanggal 02 Desember 2024 di ruangan Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang ada satu orang pasien fraktur femur Tn.D umur 65 tahun, mengalami fraktur femur tertutup sinistra (post OREF). Sebelumnya pasien jatuh dari motor 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien jatuh dari motor bersama temannya, posisi pasien sebagai penumpang atau dibonceng oleh temannya, pasien terjatuh kearah kiri. Waktu pertama kali jatuh pasien tidak langsung pergi ke rumah sakit, pasien hanya dibawa kerumahnya saja, dihari besoknya pasien merasakan nyeri diarea paha dan panggul. Pasien terjatuh pada tanggal 27 November 2024. Pasien datang ke IGD RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 28 November 2024. Pada saat peneliti wawancara dengan pasien mengatakan nyeri pada kakinya. Pasien tampak sulit bergerak (Bedras). Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh perawat Ruangan Trauma Center adalah nyeri akut b.d agen pencederaan fisik (fraktur), gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal dan ansietas b.d ancaman konsep diri ¹⁸.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka peneliti telah melakukan penelitian tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

C. Tujuan Penelitian**1. Tujuan Umum**

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada Pasien dengan fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien dengan fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien dengan fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur di ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Dapat menjadikan pengalaman belajar dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan dalam Asuhan Keperawatan pada pasien fraktur femur dan Keperawatan Medikal Bedah pada umumnya.

b. Bagi RSUP. Dr. M. Djamil Padang

Dapat memberikan sumbangan pikiran dan masukan serta saran dalam asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan Medikal Bedah pada umumnya dan khususnya asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat diperoleh gambaran dan data dasar tentang asuhan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien fraktur femur serta acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Fraktur adalah patahan pada kontinuitas struktur jaringan tulang atau tulang rawan yang disebabkan trauma, trauma langsung ataupun tidak langsung. Akibat dari trauma pada tulang dapat bervariasi tergantung pada jenis, kekuatan dan arahnya trauma ¹⁹. Fraktur merupakan gangguan yang lengkap atau tidak lengkap dalam kontinuitas struktur tulang yang sesuai dengan jenis dan luasnya ¹².

Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas pada tulang paha, fraktur femur secara klinis berupa fraktur femur terbuka disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup dapat disebabkan oleh trauma langsung pada paha ⁷.

2. Etiologi

Penyebab fraktur femur ada dua yaitu penyebab ekstrinsik dan penyebab intrinsik. Penyebab ekstrinsik karena adanya trauma langsung dan tidak langsung. Pada trauma langsung terjadinya cedera kecelakaan di jalan raya dan jatuh dari ketinggian, sedangkan trauma tidak langsung terjadinya seperti gaya lentur, regangan torsional, gaya kompresi, dan gaya geser tulang ¹².

Penyebab fraktur femur yaitu ¹⁹ :

a. Kekerasan Langsung

Kekerasan langsung dapat menyebabkan terjadinya patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur femur ini bersifat terbuka dengan garis patah melintang atau miring.

b. Kekerasan Tidak Langsung

Kekerasan tidak langsung dapat menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan seperti bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan.

c. Kekerasan Akibat Tarikan Otot

Fraktur femur akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan berupa pemutiran, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya dan penarikan.

3. Klasifikasi

Klasifikasi fraktur femur antara lain ⁵ :

a. **Berdasarkan Lokasi Fraktur Femur**

Terdiri dari fraktur intertrochanter femur, fraktur subtrochanter femur, dan fraktur batang femur.

1) Fraktur Intertrochanter Femur

Fraktur intertrochanter adalah patah tulang yang bersifat ekstrakapsular dari femur. Yang sering terjadi pada lansia dengan kondisi osteoporosis. Umumnya memiliki riwayat trauma memiliki akibat jatuh dan memberikan trauma langsung pada trokanter mayor. Pada beberapa kondisi, cedera secara memuntir memberikan fraktur tidak langsung pada intertrochanter. Pemeriksaan radiografik yang sudah dapat menentukan diagnosis fraktur intertrochanter stabil atau yang tidak stabil. Penatalaksanaan sebaiknya dengan reduksi terbuka dan pemasangan fiksasi interna. Intervensi konservasi hanya dilakukan pada penderita yang sangat tua dan tidak dapat dilakukan dengan cara anestesi general.

2) Fraktur Subtrochanter Femur

Fraktur subtrochanter femur adalah fraktur yang patahnya berada pada 5cm distal dari chanter minor. Fraktur jenis ini dibagi menjadi beberapa klasifikasi yaitu :

- a) Tipe 1 : garis fraktur seru 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 terjadi karena trauma secara 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, klasifikasi fraktur batang femur dibagi berdasarkan luka yang berhubungan dengan daerah yang patah. Secara klinis fraktur batang femur dibagi dalam fraktur batang femur secara terbuka dan tertutup.

b. Berdasarkan Komplit dan Inkomplit Fraktur Femur

- 1) Fraktur Femur Komplit adalah fraktur yang garis patahannya melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang
- 2) Fraktur Femur Inkomplit adalah fraktur yang garis patahannya tidak melalui garis penampang tulang.



Gambar 2.1 Jenis Fraktur Femur. 1) Fraktur Femur Komplit. 2) Fraktur Femur tidak komplit¹.

c. **Berdasarkan Posisi Fragmen**

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



Gambar 2.2 Fraktur *Undisplaced* (tidak bergeser) ¹.

- 2) Fraktur *Displaced* (bergeser) adalah terdiri dari pergeseran fragmen tulang biasanya disebut sebagai lokasi fragmen.



Gambar 2.3 Fraktur *Displaced* ¹.

- 3) Fraktur Kompresi atau Fraktur Remuk adalah patah tulang yang terjadi pada tulang belakang sehingga tulang menjadi remuk atau hancur.



Gambar 2.4 Fraktur Kompresi atau Fraktur Remuk ¹.

d. **Berdasarkan Sifat Fraktur Femur (luka yang ditimbulkan)**

1) Fraktur Femur Tertutup

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

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



Gambar 2.5 Fraktur Femur Tertutup ¹.

2) Fraktur Femur Terbuka

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

- a) Tingkat I : dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak yang minimal,

biasanya tipe fraktur simpletransverse dan fraktur obliq pendek.

- b) Tingkat II : luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan pada jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan adanya kontaminasi.
- c) Tingkat III : ini yang saat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan ini meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.



Gambar 2.6 Fraktur Femur Terbuka ¹.

e. Berdasarkan Posisi Fraktur

Sebatang tulang dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

- 1) 1/3 proksimal
- 2) 1/3 medial
- 3) 1/3 distal

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala fraktur femur menurut ¹ :

- 1) Deformanitas

Posisi abnormal tulang karena trauma dan spasme otot menyebabkan pendekatan tungkai sehingga tulang kehilangan bentuk normalnya.

- 2) Pembengkakan

Edema dari lokalisasi cairan serosa dan perdarahan.

3) Nyeri

Nyeri yang dirasakan saat terjadinya fraktur femur karena adanya spasme otot, patahan tulang saling bersentuhan, atau kerusakan jaringan di sekitar fraktur femur, tekanan saraf, gerakan tulang yang mengalami fraktur femur. Nyeri akan dirasakan jika neurologis pada pasien masih baik dan meningkat jika fraktur femur tidak terjadinya imobilisasi.

4) Baal

Kerusakan pada saraf atau penjeratan saraf.

5) Krepitus

Memarut tulang atau masuknya udara pada fraktur femur terbuka.

6) Syok Hipovolemik

Terjadinya perdarahan atau cedera yang terkait

7) Spasme Otot

Terjadinya kontraksi otot didekat fraktur femur

8) Ekimosis

Ekstravasasi darah ke dalam jaringan subkutan.

5. Patofisiologi

Fraktur femur disebabkan oleh trauma langsung atau trauma tidak langsung, stress berulang dan tulang yang lemah secara abnormal. Tulang bersifat rapuh namun memiliki kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Setelah terjadinya fraktur, periosteum, pembuluh darah, saraf korteks, sumsum tulang, dan jaringan lunak yang membuat tulang menjadi rusak, akibatnya perdarahan dan membentuk hematoma di rongga medulla tulang. Jaringan pada tulang akan langsung berdekatan pada bagian tulang yang patah. Jaringan yang mengalami nekrosis menstimulasi terjadinya respons inflamasi yang ditandai dengan vasodilatasi, eksudasi plasma, leukosit dan infiltrasi sel darah putih ².

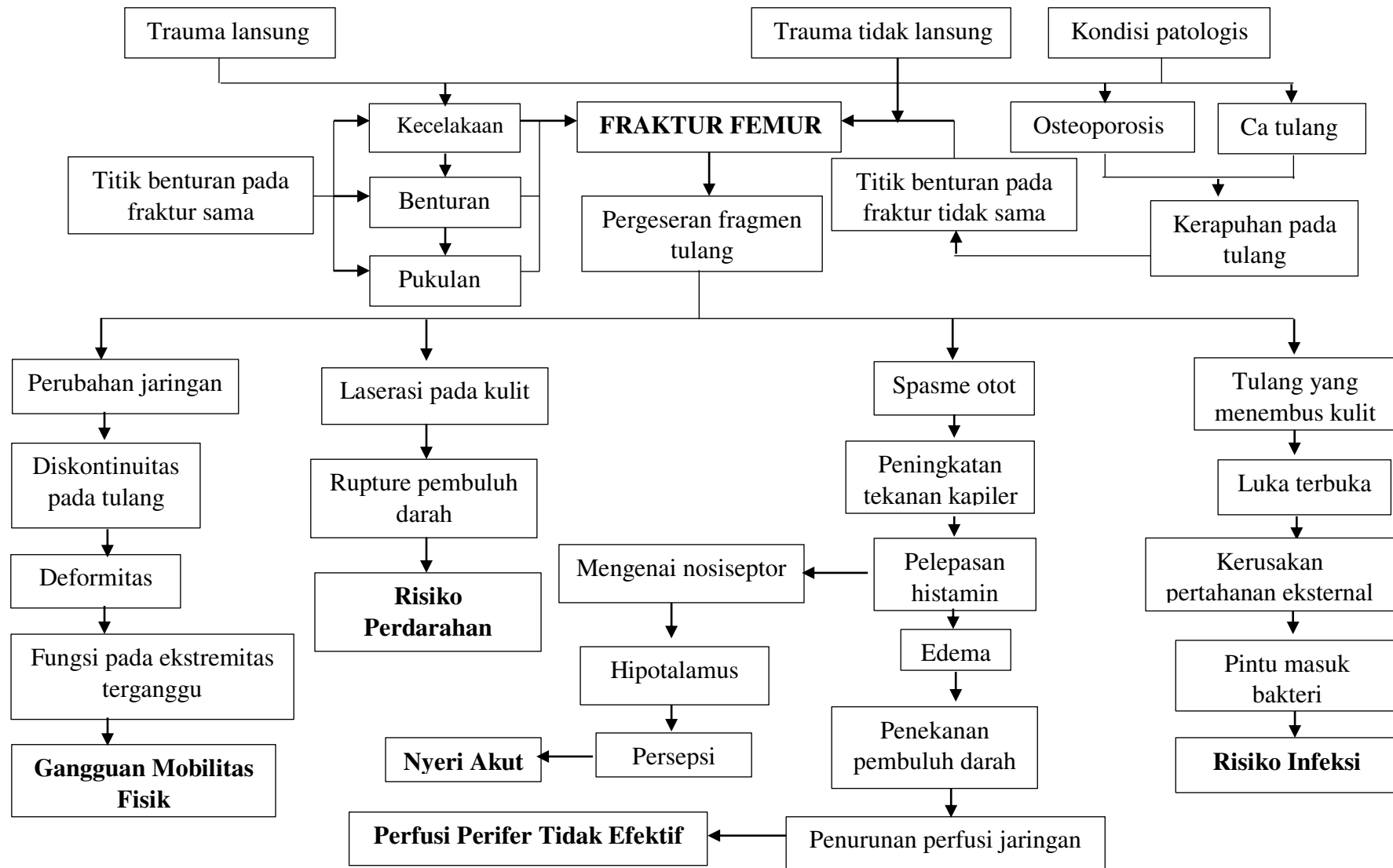
Fraktur femur terjadi akibat pukulan langsung, kekuatan tabrakan (kompresi), Gerakan memutar secara tiba-tiba (puntiran), kontraksi otot berat, atau penyakit yang melemahkan tulang (fraktur stress atau fraktur patologis). Dengan kekuatan langsung energi kinetic diberikan pada atau dekat terjadinya fraktur femur. Tulang tidak dapat menahan kekuatan kekuatan. Dengan kekuatan tidak langsung, energi kinetic ditransmisikan dari titik dampak ke tempat tulang yang lemah ¹.

Fraktur femur bisa terjadi secara terbuka atau tertutup. Fraktur femur terbuka terjadi apabila terdapat luka yang menghubungkan tulang pada fraktur femur dengan udara luar atau permukaan kulit, sedangkan fraktur femur tertutup terjadi apabila kulit yang menyelubungi tulang tetap utuh. Fraktur terjadi ketika kekuatan ringan atau minimal mematahkan area tulang yang dilemahkan oleh gangguan seperti osteoporosis, kanker, infeksi, dan kista tulang ¹².

Ketika fraktur femur terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan pada tulang dan jaringan sekitar. Ini dapat menimbulkan hematoma pada kanal medul antar tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan-jaringan tulang yang dapat mengatasi fraktur femur ⁵.

Selain itu, periosteum dan pembuluh darah di korteks dan sumsum tulang yang patah juga terganggu. Sering terjadinya cedera jaringan lunak. Perdarahan terjadi karena adanya cedera jaringan lunak atau cedera pada tulang itu sendiri. Saluran sumsum (medulla), hematoma terjadi antara fragmen-fragmen tulang dan di bawah periosteum ¹.

6. WOC



Gambar 2.7 Bagan WOC Fraktur Femur

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan fraktur Femur yaitu ¹²:

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. Alat pada fiksasi eksternal yang digunakan adalah pembalutan, gips, bidai dan pin. *Open Reduction External Fixation* (OREF) pembedahan yang melibatkan penggunaan alat fiksasi eksternal untuk menopang tulang yang patah. Jika terjadinya reduksi gagal atau kurang memuaskan, maka dilakukan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan alat fiksasi internal untuk memperthankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat pada fiksasi internal yaitu pen, kawat, skrup, dan plat. Alat -alat ini dimasukan ke dalam fraktur melalui pembedahan *Open Reduction Internal Ficsation* (ORIF). Pembedahan terbuka ini akan mengimobilisasikan fraktur hingga tulang yang patah dan dapat tersambung kembali.

b. Retensi

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

c. Rehabilitasi

Mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin.

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

1) Fase Inflamasi

Respon tubuh terhadap cedera yang ditandai adanya perdarahan dan hematoma di area fraktur, pada ujung

fragmen tulang mengalami dislokasi karena terjadi terputusnya aliran darah sehingga terjadi pembengkakan dan nyeri. Fase ini terjadi beberapa hari hingga 2-3 minggu.

2) Fase Poliferasi

Pada fase ini hematoma akan mengalami organisasi dan membentuk benang-benang fibrin, yang membentuk revaskularisasi dan invasi fibroblast dan osteoblast. Yang menghasilkan kolagen pada fraktur, terbentuk jaringan ikat fibrosa dan tulang rawan berlangsung pada hari ke-5.

3) Fase Pembentukan Kalus

Osteoblast, sel pembentukan tulang, berpoliferasi dan bermigrasi ke lokasi fraktur membentuk kalus fibrokartilaginosa. Osteoblast membentuk jaringan serat kolagen dari kedua fraktur yang menggabungkan fragmen tulang sehingga tulang menyambung. Kondroblas membentuk seperti potongan kartilago yang memberi dasar pada pertumbuhan tulang. Fase ini berlangsung 3-4 minggu sampai 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 pada kalus. Pembentukan kalus tulang berlangsung hingga 2-3 bulan.

5) Fase Remodeling/Konsolidasi

Osteoblast terus membentuk tulang beranyam baru di atur ke dalam struktur lamella tulang padat. Osteoklas meresopsi kelebihan kalus karena digantikan dengan tulang matur. Seiring dengan penyembuhan tulang yang terpajan pada stress mekanis pada penggunaan setiap hari, osteoblast dan

osteoklas berespons dengan romeding tempat perbaikan disepanjang garing 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.

d. Terapi Farmakologi dan Non-Farmakologi

Menurut Rozi et al, (2021) ²⁰.

1) Terapi farmakologi

- a) Penggunaan obat antibiotic profilaksis seperti cefazolin.
- b) Penggunaan obat analgetik seperti ketorolac, ibuprofen, morfin atau paracetamol.

2) Terapi non-farmakologi

- a) Melakukan mobilisasi atau rentang gerak (ROM).
- b) Melakukan tarik nafas dalam atau imajinasi terbimbing.
- c) Istirahat yang cukup
- d) Penggunaan alat bantu jalan seperti tongkat, kursi roda, atau kruk.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada kasus fraktur yaitu ¹²:

- a. Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luas pada fraktur.
- b. Scan tulang, tomogram, atau CT / MRIsan untuk memperlihatkan fraktur secara lebih jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada atau tidaknya kerusakan pada vaskuler.
- d. Hitung darah lengkap. Hemokondentrasi mungkin meningkatkan atau menurun pada perdarahan. Selain itu,

peningkatan pada lekosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

- e. Kretinin. Trauma otot meningkat beban kretinin untuk klirens ginjal.
- f. Profil koagulasi. Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi, atau cedera prgan hati.

9. Komplikasi

Komplikasi pada fraktur dapat mengancam nyawa atau menyebabkan disfungsi ekstremitas permanen. Komplikasi yang disebabkan oleh fraktur ada 2 yaitu komplikasi jangka pendek dan komplikasi jangka Panjang ¹².

a. Komplikasi Jangka Pendek yaitu :

1) Perdarahan

Terjadi karena kerusakan jaringan lunak disekitar tulang yang mengenai pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan perdarahan. Perdarahan ini meyertai semua terjadinya pada fraktur dan cedera jaringan lunak.

2) Cedera Vaskuler

Terjadi karena pembuluh darah terganggu sehingga suplai darah berkurang dan dapat menyebabkan iskemik ekstremitas distal.

3) Emboli Lemak

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

4) Sindrom Kompartement

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

5) Infeksi

Rusaknya system pertahanan tubuh akibat trauma pada jaringan infeksi yang dimulai pada kulit lalu masuk ke dalam karena terjadinya celah terutama pada fraktur terbuka.

b. Komplikasi Jangka Panjang yaitu

1) Delayed Union

Adalah kegagalan fraktur menyambungkan tulang sesuai dengan waktu yang dibutuhkan untuk menyambung.

2) Non Union

Merupakan penyembuhan tidak terjadi pada waktu 4-6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan yang tidak akan terjadi.

3) Mal Union

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

4) Perbedaan Panjang Tungkai

Perbaikan pada fraktur secara bedah dapat menyebabkan perbedaan Panjang tungkai sehingga kesulitan dalam berjalan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a) Identifikasi pasien

Terdiri dari nama pasien, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, usia, alamat, agama, status kawin, pendidikan, pekerjaan, bahasa yang digunakan, dan diagnosa medis ².

b. Identitas penanggung jawab

Terdiri dari nama, pekerjaan, alamat, dan hubungan .

c. Keluhan utama

Biasanya pasien datang ke rumah sakit karena terjatuh atau kecelakaan lalu lintas dengan keluhan nyeri pada ekstremitas

bagian bawah. Maka pengkajian nyeri dapat menggunakan pertanyaan PQRST untuk menentukan intensitas nyeri ².

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pre Op : pada umumnya fraktur yang mengalami kerusakan jaringan disekitar tulang, perdarahan, nyeri akut, bengkak, pucat, berubahnya warna kulit di area fraktur dan bahkan ekstremitas bagian bawah tidak ada tase. Selain itu, menanyakan kronologi yang terjadinya trauma atau hal yang menyebabkan terjadinya fraktur.

Post Op : biasanya pasien setelah melakukan operasi pemasangan fiksasi terhadap jahitan luka, pasien mengeluh nyeri dan merasakan panas pada area operasi yang menyebabkan terganggunya tidur.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada pengkajian ini kemungkinan ditemukan pasien fraktur memiliki riwayat penyakit komplikasi yang menghambat pertumbuhan tulang. Penyakit yang dimaksud yaitu Ca tulang, dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologis kesulitan dalam proses penyambungan tulang. Serta obesitas dan DM yang menghambat degenerasi dan mobilisasi pasien.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan kepada pasien atau keluarga pasien yang mengenai riwayat kesehatan keluarga yang berhubungan dengan riwayat genetic merupakan factor predisposisi terjadinya fraktur seperti Diabetes Melitus, osteoporosis, dan osteosarcoma serta penyakit menular yang dapat menghambat pemulihan fraktur seperti HIV dan tuberkolosis ².

g. Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

Menurut (Wahid, 2013) sebagai berikut:

1) Pola Persepsi dan Tatalaksana Hidup Sehat

Pada fraktur akan timbul ketidak kuatannya yang akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan

kesehatan untuk membantu penyembuhan tulan. Selain itu, pada pengkajian meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang mengganggu keseimbangan dan pasien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola Nutrisi Dan Metabolisme

Biasanya pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi yang melebihi keputusan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan pada tulang.

3) Pola Eliminasi

Pada pengkajian eliminasi BAK dengan menanyakan frekuensi, kepekatan, bau, warna, dan jumlah urin. Pengkajian eliminasi feses dengan menanyakan frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses. Pada kedua pola ini yang dikaji adakah kesulitan atau ketidak mampuan 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 bergerak, yang disebabkan oleh fraktur femur sehingga kebutuhan pasien akan di bantu oleh keluarga.

Post Op : aktivitas dan latihan pada pasien semuanya dibantu sehingga pemenuhan kebutuhan pasien akan dibantu oleh keluarga atau orang lain dan menggunakan kruk sebagai alat bantu berjalan.

6) Pola bekerja

Pada pasien fraktur tidak dapat bekerja lagi karena keterbatasan rentang gerak yang dialaminya.

h. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran Pada umumnya apatis, sopor, gelisah, komposmeteis tergantung pada keadaan pasien dan koma.
- b) Kesakitan, keadaan pada terjadinya fraktur itu biasanya akut
- c) Tanda-tanda vital tidak normal, karena adanya gangguan fungsi maupun bentuk.

2) Secara sistematis (head to toe)

a) Kepala

Tidak adanya gangguan yaitu simetris, tidak adanya penonjolan, dan tidak ada nyeri kepala.

b) Leher

Tidak adanya gangguan yaitu, normal chepalik, simetris, tidak ada benjolan dan ada reflek menelan.

c) Muka

Wajah pada pasien terlihat menahan sakit atau meringis, tidak ada lesi, tidak ada edema.

d) Mata

Saat terjadi fraktur tertutup maka tidak terjadinya konjungtiva anemis, tetapi jika fraktur terbuka maka konjungtivanya akan anemis (pucat).

e) Telinga

Tidak adanya lesi dan nyeri tekan, terkadang adanya perdarahan karena terjadi benturan.

f) Hidung

Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung, dan apabila terjadinya benturan akan mengakibatkan perdarahan pada hidung

g) Mulut dan faring

Tidak adanya pembesaran tonsil, gusi, tidak terjadinya perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

h) Thoraks

Tidak ada gerakan otot dada intercostae dan gerapan dinding dada simetris.

i) Paru-paru

Inspeksi

Pernafasan meningkat, regular atau tidak tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

Palpasi

Pergerakan simetris atau sama, fremitus teraba sama.

Perkusi

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

Auskultasi

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

j) Jantung

Inspeksi

Tidak terlihat iktus coris.

Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada terdengar mur-mur

k) Abdomen

Inspeksi

Terlihat simetris, terlihat datar dan tidak ada hernia.

Palpasi

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

Perkusi

Suara thympani, adanya pantulan gelombang cairan.

Auskultasi

Peristaltik usus normal lebih kurang 20 kali/ menit.

l) Ekstremitas

Ketidak mampuan menggunakan tungkai yang mengalami cedera, adanya terasa nyeri pada daerah fraktur femur, kebiruan dan bengkak yaitu gejala yang terjadi karena fraktur femur terdapat cedera jaringan lunak. *Look* (lihat) apakah ada terdapat pembengkakan, memar, dan deformitas yang terlihat. Pentingnya mengetahui apakah kulit masih utuh atau tidak, untuk menentukan jenis fraktur tertutup atau terbuka. *Feel* (rasakan) palpasi pada area yang cedera dan mungkin terjadinya luka. *Listen* (mendengarkan) untuk mengetahui adanya krepitasi.

m) Genetalia

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran hymhe, tidak ada kesulitan BAB.

i. Pemerisan Diagnostic

Pemeriksaan radiologi dengan pasien fraktur meliputi ²¹:

1. Pemeriksaan Radiologi

a) X-Ray

Penunjang pada pemeriksaan yang penting adalah “pencitraan” menggunakan sinar ritgrn (X-ray) untuk mendapatkan gambaran tiga dimensi keadaan dan kededekan tulang yang sulut, 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. Permintaan X-ray harus adas dasar indikasi yang kegunaannya untuk pemeriksaan penunjang hasil dibaca sesuai dengan permintaan. Foto polos X-ray (plane X-ray) mempunyai teknik khusus seperti :

- (1) Tomografi : menggambarkan tidak hanya satu struktur saja tetapi struktur lain tertutup dan sulit di visualisasikan. Pada kasus ini di temukan kerusakan struktur yang kompleks dimana tidak pada struktur juga mengalami.
- (2) Myelografi : menggambarkan cabang-cabang saraf spinal dan pembuluh darah di ruang vertebrae yang mengalami kerusakan akibat trauma.
- (3) Arthrografi : menggambarkan jaringan ikat yang rusak karena rudal paksa.
- (4) 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, dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c) Arteriogram

Mengambarkan jaringan-jaringan ikat yang merusak rudal paksa.

2. Pemeriksaan Laboratorium pada pasien fraktur yaitu :

a) Kalsium serum dan fosfat

Kalsium serum dan fosfat serum dapat meningkatkan tahap penyembuhan pada tulang.

b) Alkaline fosfat

Alkaline fosfat dapat meningkatnya kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastic dalam pembentukan tulang.

c) Enzim otot

Enzim otot atau kreatinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5), aspartate amino Transfere (AST), aldolase yang meningkatkan pada tahap penyembuhan tulang.

d) Hitung darah lengkap

Ht dapat meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multiple) peningkatan pada jumlah SDP adalah respon stress normal setelah trauma.

e) Profil koagulasi

Profil koagulasi yaitu perubahan ini dapat terjadi kehilangan darah, transfuse multiple.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan yang sering dijumpai pada klien fraktur femur adalah ²².

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan 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. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan (D.0124).

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1
Diagnosa dan Intervensi Keperawatan SDKI²², SLKI²³, dan SIKI²⁴

No	Diagnose Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan 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>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memutuskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Ketegangan otot menurun 7. Nafsu makan 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 factor yang memberatkan dan meringankan 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 komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi nafas dalam). 2. Control lingkungan yang memberatkan rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan 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 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 menggerakkan ekstremitas. 2. Kekuatan otot menurun. 3. Rentang gerak (ROM). <p>Gejala dan tanda minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan untuk melakukan pergerakan. 3. Merasa cemas saat bergerak. 4. Sendi kaku. 5. Gerak tidak terkoordinasi. 6. Gerak terbatas. 7. Fisik lemah. 	<p>Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan ambulasi (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, kursi roda, tongkat atau kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulansi.

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi. 2. Anjurkan melakukan ambulansi dini. 3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda).
3.	<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. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermediet) 3. Edema 4. Penyembuhan luka lambat 5. Indeks <i>ankle brachial</i> <0,90 6. Bruit femoralis 	<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 (1.02079)</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 ekstremitas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. 2. Lakukan pencegahan infeksi. 3. Lakukan perawatan kaki dan kuku. 4. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok. 2. Anjurkan berolahraga yang bisa dilakukan klien. 3. Anjurkan mengecek

			<p>air mandi untuk hidari kulit terbakar.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki). 5. Anjurkan program rehabilitasi vascular 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif	<p>Tingkat infeksi menurun</p> <p>Dengan 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 gejala infeksi local 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. Pertahan Teknik aseptik pada pasien dengan 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.

			Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi adalah prosedur kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantuk klien dari masalah status kesehatan yang terjadi atau dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik lagi, dengan cara menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan menjadi lebih baik.

5. Evaluasi

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

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan peneliti adalah secara deskriptif dengan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan variabel mandiri, baik pada satu variable atau lebih (variable yang berdiri sendiri) tanpa membandingkan dan mencari variable dengan variable lainnya ²⁵. Studi kasus adalah metode yang dilakukan untuk menganalisis sebuah kejadian, masalah, kesulitan, hambatan, dan penyimpangan ²⁶. Penelitian ini mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruangan Bedah Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2024 sampai bulan Juni 2025. Asuhan Keperawatan yang dilakukan selama 7 hari.

C. Populasi dan Sempel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari subjek atau objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti kesimpulannya ²⁵. Populasi penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami Fraktur Femur di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Sempel

Sempel adalah bagian dari populasi yang dijadikan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampling merupakan proses penyeleksian sampel yang mewakili semua populasi yang ada ²⁷. Pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara teknik purposive sampling, *purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel

dengan cara memilih sampel yang ada di populasi sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik yang diketahui sebelumnya ²⁷.

Adapun kriteria sampel yang akan diteliti yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah 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 responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah 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 CKD, SLE, hemofilia, dan penyakit kronis lainnya.
- 3) Pasien dengan waktu rawatan kurang dari 5 hari.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrument penelitian merupakan alat untuk mengumpulkan data dalam penelitian yang sesuai dengan tujuan pengukuran dan teori yang digunakan ²⁸. Instrument yang digunakan saat mengumpulkan data dapat menggunakan instrument dibuat secara 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 penelitian ini menggunakan metode wawancara, observasi, dokumentasi.

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan rinci dari sebuah peristiwa yang sudah dialami. Metode ini dilakukan dengan cara mengambil data yang asli dari klien, catatan hasil perkembangan klien, hasil pemeriksaan diagnostik terdiri dari hasil pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi (rontgen).

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

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

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung berupa bukti, data penunjang, catatan perkembangan klien 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 (rontgen).

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta surat izin untuk melakukan penelitian dari institusi yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Peneliti meminta surat rekomendasi izin penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Peneliti meminta izin kepada Instalasi Pendidikan di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
4. Peneliti meminta izin kepada instalasi Kepala Mutu Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan penelitian.
5. Peneliti meminta izin kepada kepala ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan penelitian.
6. Peneliti melakukan pengambilan sampel dari populasi yaitu berdasarkan pasien yang ada pada saat penelitian.
7. Memberikan informed consent kepada responden dan penanggung jawab sebagai persetujuan untuk dijadikan responden dalam penelitian.

8. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk kontrak waktu melakukan asuhan keperawatan dan pertemuan selanjutnya.

H. Analisa Data

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan cara menganalisis semua data yang di dapatkan pada tahapan proses keperawatan dengan membandingkan konsep dan teori yang ada dalam keperawatan tentang pasien Fraktur Femur. Data yang dapat diperoleh yaitu pengkajian yang dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat menegakkan diagnosis keperawatan, dan disusun oleh intervensi keperawatan untuk menentukan implementasi keperawatan yang dilakukan diakhiri dengan evaluasi keperawatan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

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

B. Deskripsi Kasus

Pada tanggal 09 April 2025 sampai 15 April 2025 telah dilakukan penelitian di Ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan 1 orang pasien, yaitu Tn.A dengan usia 85 tahun yang dipilih melalui teknik *purposive sampling* untuk diberikan asuhan keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Pasien Tn. A berusia 85 tahun masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 09 April 2025 rujukan dari RSK Bedah Ropanasuri, dengan keluhan nyeri pada panggul dan pangkal paha karena terjatuh dari motor dengan posisi jatuh ke arah kanan yang mengenai pangkal paha.

Pasien Tn. A terjatuh dari motor pada tanggal 31 Maret 2025 pasien langsung dibawa ke puskesmas oleh keluarganya, pada tanggal 01 April 2025 pasien dibawa oleh keluarga ke tempat pijit yang dilakukan selama 2x dan di waktu ke 2 dilakukan pemijitan pada tanggal 04 April 2025, setelah pijit pasien masih merasakan nyeri pada pangkal

pahanya, pada tanggal 06 April 2025 pasien dibawa keluarganya ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan keadaan pasien, pihak puskesmas langsung merujuk pasien ke RSUD Prof. Dr. M Ali Hanafiah, pada tanggal 07 April 2025 RSUD Prof. Dr. M Ali Hanafiah merujuk pasien ke RSK Bedah Ropanasuri dan pada hari Rabu 09 April 2025 jam 03.00 WIB pasien dirujuk ke IGD RSUD Dr. M. Djamil Padang. Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dan tindakan pasien sebelum masuk ke RSUD Dr. M. Djamil Padang selama 9 hari.

Pre Op

Pada Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 April 2025 pukul 13.00 WIB di ruangan Bedah Trauma Center. Pasien mengeluh nyeri pada pangkal paha, pasien merasakan nyeri saat kaki digerakkan, nyeri yang dirasakan terasa tertusuk tusuk dengan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri nya hilang timbul. Pasien mengatakan pada malam hari tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun, rentang gerak pasien masih terbatas, pasien masih berbaring ditempat tidurnya, pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien mengatakan operasinya dilakukan pada tanggal 11 April 2025 pukul 20.00 WIB.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien Compos Mentis kooperati, Tekanan Darah: 123/65 mmHg, suhu : 36,8 °C, nadi : 84 x/menit, pernapasan : 18 x/menit, ekstremitas atas kiri terpasang infus tutosol 500ml, ekstremitas bawah kanan terpasang traksi 4kg.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 09-04-2025 menunjukkan Hemoglobin : 10,7 g/dl, Leukosit : $8.11 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hemokrit 32%, MCV 89 fl, MCH 30 pg, Gula Darah Sewaktu 98 mg/dl.

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2025 pukul 12.00 WIB di ruangan Bedah Trauma Center, pasien mengatakan operasinya berjalan lancar dan selesai operasi pukul 01.30 WIB dengan post operasi pemasangan CRIF PFNA pada pasien fraktur collum femur dextra. Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan pasien berdenyut-denyut dengan skala nyeri 5 dan terkadang terasa panas-panas pada daerah operasi, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun pada malam hari, pasien selalu gelisah dan meringis saat merasakan nyeri yang dialaminya, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien Compos Mentis kooperati, Tekanan Darah: 138/75 mmHg, suhu : 36,6 °C, nadi : 80 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, ekstremitas atas kiri terpasang infus NaCl 500ml, ekstremitas bawah kanan terdapat post operasi yang ditutupi perban 10cm pada pangkal paha.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 12-04-2025 menunjukkan Hemoglobin : 9,7 g/dl, Leukosit : $10.12 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hemokrit 28%, MCV 89 fl, MCH 35 pg.

2. Diagnosis Keperawatan

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

Pre Op

a. Diagnosis Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (trauma) yang ditemukan pada tanggal 09 April 2025, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada saat kaki kanan digerakkan, pasien mengatkan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 dan nyeri yang dirasakan pasien hilang

timbul. Data objektif pasien tampak meringis saat menggerakkan panggulnya, pasien tampak gelisah dan pasien tampak takut dalam menggerakkan panggulnya.

b. **Diagnosis Keperawatan 2**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang yang ditemukan pada tanggal 09 April 2025, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki sebelah kanan, pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan kaki kanan, pasien mengatakan takut untuk menggerakkan kaki kananya. Data objektif pasien tampak berbaring ditempat tidur, gerakan pasien tampak terbatas, pasien tampak terpasang traksi 4kg.

c. **Diagnosis Keperawatan 3**

Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri yang ditemukan pada tanggal 09 April 2025, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan merasa khawatir dan cemas dengan kondisi saat ini, pasien mengeluh sulit tidur. Data objektif pasien tampak cemas karena takut tidak bisa sembuh, dan pasien tampak gelisah.

Post Op

a. **Diagnosis Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang ditemukan pada tanggal 12 April 2025, sesuai dengan data subjektif Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi pada kaki sebelah kanan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti berdenyut-denyut dan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan. Data objektif yaitu Pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis.

b. **Diagnosis Keperawatan 2**

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditemukan pada tanggal 12 April

2025, sesuai dengan data subjektif pasien mengeluh badannya terasa lemah dan letih dan pasien kepalanya terasa agak pusing. Data objektif pasien tampak pucat dan hemoglobin pasien 9,7 g/dl.

c. **Diagnosis Keperawatan 3**

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang yang ditemukan pada tanggal 12 April 2025, sesuai dengan data subjektif pasien mengatakan kaki sebelah kanannya susah untuk di gerakan, pasien mengatakan kaki terasa nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif pasien tampak rentang gerak masih terbatas, pasien masih berbaring di tempat tidur.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah ditegakkan beberapa diagnosis keperawatan pada pasien Tn. A, 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 mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Perawatan Traksi monitor kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi, monitor alat fiksasi eksternal, monitor sirkulasi, pergerakan, dan sensasi pada ekstremitas yang cedera, monitor adanya komplikasi immobilisasi, posisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat, pertahankan posisi baring yang tepat di tempat tidur, pastikan beban traksi terpasang tepat, pastikan tali dan kontrol bebas menggantung, pastikan tarikan tali dan beban tetap berada di sepanjang sumbu tulang fraktur, amankan beban traksi saat menggerakkan pasien, dan anjurkan pentingnya nutrisi yang memadai untuk penyembuhan tulang.

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. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosis perfusi perifer tidak efektif yaitu periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), indentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis,diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki). Setelah diberikan intervensi keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik.

c. 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.

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 mural, memberikan terapi farmakologis yaitu inj. Katerolak 3x1 30mg, inj. Ranitidine 2x1 25mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada masalah ini adalah melakukan pengkajian kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi, memposisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat, memberikan traksi 4kg.

- 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 (Prosedur operasi)

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 mural), memberikan terapi farmakologis yaitu inj. Katerolak 3x1 30mg, inj. Ranitidine 2x1 25mg, mengukur tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi, menganjurkan pasien istirahat cukup.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Tindakan yang dilakukan pada masalah keperawatan ini adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, memonitor hemoglobin pasien, memberikan tranfusi PRC 1 unit.

- c. 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.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7 hari pada Tn. A.

Berikut adalah evaluasi yang dilakukan pada pasien Tn. A

Pre Op

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

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 3 didapatkan pada pasien Tn. A masih mengeluh nyeri pada area panggul dan kaki kanan, nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 3, 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 mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 3 didapatkan pada pasien Tn. A masih mengeluh sulit untuk menggerakkan kaki sebelah kanannya, pasien masih mengeluh nyeri saat menggerakkan panggul kanan, pasien masih merasa cemas untuk bergerak, pasien tampak belum bisa menggerakkan kaki kanannya, pasien tampak masih berbaring ditempat tidurnya, pasien terpasang traksi 4kg.

c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 3 didapatkan pada pasien Tn. A yaitu perasaan cemas sudah berkurang, sudah tidak memikirkan kapan bisa berjalan seperti biasa lagi, perasaan memberatkan keluarga sudah berkurang, sudah tidak bertanya kapan bisa berjalan seperti semula lagi. Berdasarkan hasil analisis diperoleh masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian, intervensi reduksi ansietas dihentikan.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 7 didapatkan pada pasien Tn. A dengan keluhan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 2, data objektif menunjukkan pasien masih tampak meringis dan gelisah saat kaki digerakkan. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian, intervensi manajemen nyeri dilanjutkan di rumah.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 7 didapatkan pada pasien Tn. A dengan keluhan merasakan pusing sudah membaik, badan terasa lemas sudah membaik, dengan data objektif menunjukkan pasien sudah tampak tidak pucat, dan Hemoglobin 10,7 g/dl.

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

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ke 7 didapatkan pada pasien Tn. A 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, dengan data objektif pasien tampak sudah bisa duduk, tampak sudah bisa menggerakkan kakinya, gerakan masih sedikit terbatas, pasien Tn. A pulang menggunakan kursi roda. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan di rumah dukungan mobilisasi.

C. Pembahasan

Pada pembahasan kasus peneliti akan melakukan kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan fraktur femur dan hasil penelitian di Ruang Bedah Trauma Center. Kegiatan yang dilakukan mulai dari pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, membuat intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pasien Tn. A berusia 85 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, yang bekerja sebagai pedangang, dengan diagnosis medis Fr. Collum Femur Dextra.

Menurut teori penyebab fraktur karena trauma factor patologik salah satunya osteoporosis, degenerasi (penurunan efisiensi dalam sel, jaringan, atau organ) ²⁹. Menurut penelitian Rachman & Rusjdi (2023) jenis pada fraktur femur paling banyak ditemukan yaitu fraktur femur tertutup (91,6%) dibandingkan dengan fraktur femur terbuka (8,4%) dan berdasarkan kelompok usia di atas 60 tahun yang sering mengalami fraktur femur (43,3%) ⁸. Menurut penelitian Maximilliam (2023) ditemukan pasien dengan fraktur femur yang berusia diatas 60 tahun akibat terpeleset dikamar mandi sehingga menyebabkan fraktur collum femur dextra tertutup ³⁰.

Hasil data pengkajian pasien masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang yang rujukan dari RSK Bedah Ropanasuri, dengan keluhan nyeri di panggul kanan dan tidak bisa digerakan karena terjatuh dari motor (kecelakaan tunggal). Pasien Tn. A mengalami waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dan tindakan pasien sebelum masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang selama 9 hari.

Fraktur femur banyak terjadi akibat trauma langsung yang berupa benturan, pukulan yang menyebabkan kerusakan pada jaringan lunak seperti otot, kulit, jaringan syaraf dan pembuluh darah ¹.

Menurut Bararah & Jauhar (2013) penyebab fraktur femur karena terjadinya trauma seperti terjatuh dengan posisi berdiri atau duduk dan juga karena daya tahan pada tulang tidak adekuat ²⁹.

Berdasarkan hasil yang peneliti didapatkan ada kesamaan antara teori dengan hasil penelitian yaitu fraktur femur banyak diakibatkan karena trauma langsung.

Pre Op

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 April 2025 pukul 13.00 WIB di ruangan Trauma Center. Pasien mengeluh nyeri pada pangkal paha, pasien merasakan nyeri saat kaki digerakkan, nyeri yang dirasakan terasa tertusuk tusuk dengan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri nya hilang timbul. Pasien mengatakan pada malam hari tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun, rentang gerak pasien masih terbatas, pasien masih berbaring ditempat tidurnya, pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

Nyeri dirasakan saat terjadinya fraktur karena spasme otot, patahan tulang yang saling bersentuhan atau kerusakan jaringan lunak disekitar fraktur, tekanan saraf, gerakan tulang yang mengalami fraktur ¹. Pergerakan abnormal dan kehilangan fungsi terjadi karena ketidakstabilan tulang yang patah atau spasme otot, paralysis terjadi karena kerusakan saraf ²⁹.

Menurut analisa peneliti dalam pengkajian *pre op* ditemukan kesamaan antara hasil penelitian dengan teori dimana nyeri yang dirasakan responden karena patahan tulang yang saling bersentuhan dan gerakan tulang yang mengalami fraktur dapat mengenai jaringan kulit.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien Compos Mentis kooperati, Tekanan Darah: 123/65 mmHg, suhu : 36,8 °C, nadi : 84 x/menit, pernapasan : 18 x/menit, ekstremitas atas kiri terpasang infus tutosol 500ml, ekstremitas bawah kanan terpasang traksi 4kg.

Menurut teori Haryono & Utami (2020) reduksi bertujuan untuk mengembalikan Panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi tertutup atau reduksi terbuka ¹². Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur dan menipulasinya untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Menurut PubMed Central, (2020) penggunaan skin traksi merupakan teknik penting untuk meningkatkan rasa sakit, mengurangi tingkat keparahan patah tulang Panjang, menjaga kesejajaran tulang dan mencegah terjadinya kontraktur pada sendi.

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2025 pukul 12.00 WIB di ruangan Bedah Trauma Center, pasien mengatakan operasinya berjalan lancar dan selesai operasi pukul 01.30 WIB dengan post operasi pemasangan CRIF PFNA pada pasien fraktur collum femur dextra. Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan pasien berdenyut-denyut dengan skala nyeri 5 dan terkadang terasa panas-panas pada daerah operasi, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun pada malam hari, pasien selalu gelisah dan meringis saat merasakan nyeri yang dialaminya, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

Menurut Black & Hawks (2014) mengatakan bahwa nyeri akan tetap ada terasa selama fraktur belum mendapatkan penanganan yang tepat seperti imobilisasi ¹⁴. Menurut Haryono & Utami (2020) menjelaskan reduksi terbuka dilakukan menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid ¹².

Menurut penelitian Kepel (2020) alat fiksasi internal seperti pen, kawat, skrup, dan plat alat-alat ini dimasukan ke dalam fraktur melalui pembedahan *open reduction internal ficsation* (ORIF) ³¹. Pembedahan terbuka akan mengimobilisasikan fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali ³¹.

Hasil dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien Compos Mentis kooperati, Tekanan Darah: 138/75 mmHg, suhu : 36,6 °C, nadi : 80 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, ekstremitas atas kiri terpasang infus NaCl 500ml.

Menurut Muttaqin (2013) sisi pada luka operasi akan mengakibatkan impuls nyeri ke otak, dan otak akan mempersepsikan nyeri sehingga pasien yang mengalami fraktur femur akan merasakan nyeri hebat ³². Nyeri merupakan pengealaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan timbul akibat kerusakan jaringan, baik terjadi secara actual maupun yang memiliki potensi atau melalui deskripsi dari kerusakan tersebut ³³. Menurut penelitian Rahmadiyah et al (2024) ditemukan masalah pada ekstremitas bawah dextra yaitu pasien tampak meringis dengan skala nyeri 6 post operasi. Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori dengan hasil penelitian sebelumnya ditemukan ada kesamaan antra hasil yaitu nyeri pada post operasi ³⁴.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 12-04-2025 menunjukkan Hemoglobin : 9,7 g/dl, Leukosit : $10.12 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hemokrit 28%, MCV 89 fl, MCH 35 pg.

Menurut teori Bararah & Jauhar (2013) penurunan hemoglobin karena terjadinya perdarahan, berdasarkan teori hasil data penunjang yang dilakukan akan terjadi peningkatan leukosit karena terjadinya infeksi ²⁹. Menurut penelitian Putri 2020 hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan terjadinya penurunan hemoglobin karena terjadi perdarahan ³⁵.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosaa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai pasien terhadap masalah kesehatan, masalah actual atau masalah resiko dalam proses kehidupan (SDKI)

Pre Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (trauma) pada saat penelitian ditemukan pada tanggal 09 April 2025, dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada pangkal paha, pasien merasakan nyeri saat kaki digerakkan, nyeri yang dirasakan terasa tertusuk tusuk dengan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri nya hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis saat menggerakkan panggul sebelah kanan, pasien tampak gelisah dan kurang nyaman, pasien tampak takut menggerakkan kaki sebelah kanannya.

Nyeri akut akan dirasakan oleh pasien fraktur femur karena adanya kerusakan jaringan disekitar, salah satunya akibat adanya rasa gemertak pada bagian-bagian tulang digerakan atau saat mengubah posisi ³⁶. Nyeri dirasakan saat terjadi fraktur karena spasme otot, patahan tulang saling bersentuhan, atau kerusakan jaringan disekitar fraktur, tekanan safar, Gerakan tulang yang mengalami fraktur ¹. Nyeri dirasakan jika neurologis pasien masih baik dan meningkatkan jika fraktur tidak di imobilisasi.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan kerusakan integritas struktur tulang

Pada saat penelitian ditemukan data subjektif pasien mengatakan kaki sebelah kanan susah untuk digerakan, pasien mengatakan nyeri saat kaki sebelah kanan digerakan, pasien mengatakan terasa berat untuk menggerakkan kaki sebelah kanan, pasien mengatakan merasa takut untuk menggerakkan kaki sebelah kanannya, Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur,

gerakan pasien tampak masih terbatas, pasien tampak terpasang traksi 4kg.

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, dengan tanda dan gejala mayor mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan gejala tanda minor nyeri saat digerakan, enggan untuk melakukan pergerakan, merasa cemas saat menggerakkan kaki, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah ²³.

Traksi merupakan suatu teknik yang bertujuan untuk mengobati patah tulang, dislokasi, dan kekuatan otot jangka panjang, untuk mencegah atau memperbaiki kelainan bentuk ³⁷.

- c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri, pada saat penelitian ditemukan data subjektif pasien mengatakan dia merasa cemas dan khawatir dengan kondisinya saat ini, pasien mengeluh sulit tidur. Data objektif pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh pada pangkal paha nya sebelah kanan, pasien tampak cemas dan khawatir sebelum operasi dan pasien tampak gelisah.

Diagnosis keperawatan ansietas ditemukan pada penelitian Nadia, (2024) dengan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien fraktur femur *pre op* yaitu ansietas yang merupakan rasa cemas pada kakinya sebelah kanan yang khawatir dengan kondisinya saat ini dan mengeluh untuk sulit tidur ¹⁵. Pada penelitian Fauzi, (2023) juga ditemukan diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien fraktur femur *post op* adalah ansietas merupakan rasa cemas pada kakinya yang terasa berat dan sakit saat digerakan, pasien yang takut mengalami kecacatan dan tidak bisa berjalan seperti biasanya ¹⁶.

Post Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi) dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada post operasi di kaki bagian paha sebelah kanan, dengan nyeri yang dialaminya berdenyut-denyut dan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan luka post operasi terkadang terasa panas dengan skala nyeri 5. Data objektif yaitu Pasien tampak meringis kesakitan saat terjadinya nyeri dan perpindahan posisi, pasien tampak tidak nyaman dan gelisah, dan Pasien tampak takut menggerakkan kaki sebelah kanannya.

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 ²¹. 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 keluhan oleh pasien setelah pemasangan ORIF, nyeri berdenyut-denyut dengan skala nyeri 6 ³⁸.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin, dengan data subjektif Pasien mengatakan badannya terasa lemah dan letih, pasien mengatakan kepalanya agak terasa pusing. Data objektif pasien tampak pucat, akral pasien teraba dingin, pasien memonitor hemoglobin.

Perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh ²⁴. Menurut Nurarif & Kusuma, (2015) perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan darah ke perifer yang dapat mengganggu metabolisme ³⁹. Menurut penelitian Anggi et al, (2020) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien fraktur femur *post op* yaitu perfusi perifer tidak efektif dengan keluhan kakinya terasa kaku dan kadang kebas, data objektif pasien tampak edema non pitting di

kaki kanan, kulit terasa kencang, turgor kulit mudah kembali dan kulit tidak pucat, reflex babinsky (-), hemoglobin 8.8 gr/dl, kaki kanan belum mampu untuk bergeser, dengan nadi 70x/menit dan kekuatan otot 1 pada kaki kiri dan terpasang pen⁴⁰.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang, dengan data subjektif pasien mengatakan kaki sebelah kanan susah untuk digerakan, pasien mengatakan nyeri saat kaki sebelah kanan digerakan, pasien mengatakan terasa berat untuk menggerakan kaki sebelah kanan, pasien mengatakan merasa takut untuk menggerakan kaki sebelah kanannya, Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur, gerakan pasien tampak masih terbatas.

Salah satu tanda dan gejala fraktur yaitu pergerakan abnormal dan kehilangan fungsi pada ekstremitas karena ketidakstabilan tulang yang patah, nyeri atau spasme otot, paralysis karena kerusakan saraf²⁹. Menurut penelitian Pramathania, (2023) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dengan keluhan pasien kesulitan menggerakan kakinya dan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat³⁸.

3. Intervensi Keperawatan

Pre Op

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan 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, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia PPNI, (2017), tujuan dari rencana keperawatan adalah untuk meningkatkan pengendalian nyeri, yang ditandai dengan kemampuan pasien melaporkan nyeri yang sudah terkontrol, mengenali awal munculnya dan penyebab nyeri, memanfaatkan teknik nonfarmakologis, memperoleh dukungan dari orang terdekat, serta mengurangi ketergantungan pada analgesik. Penurunan tingkat nyeri juga terlihat dari berkurangnya keluhan nyeri, ekspresi wajah meringis, sikap protektif, kegelisahan, dan adanya perbaikan dalam pola tidur²⁴.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang

Intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosis keperawatan ini yaitu Perawatan Traksi monitor kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi, monitor alat fiksasi eksternal, monitor sirkulasi, pergerakan, dan sensasi pada ekstremitas yang cedera, monitor adanya komplikasi imobilisasi, posisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat, pertahankan posisi baring yang tepat di tempat tidur, pastikan beban traksi terpasang tepat, pastikan tali dan kontrol bebas menggantung, pastikan tarikan tali dan beban tetap berada di sepanjang sumbu tulang fraktur, amankan beban traksi saat menggerakkan pasien, dan anjurkan pentingnya nutrisi yang memadai untuk penyembuhan tulang.

Tujuan dari rencana keperawatan adalah untuk menangani fraktur, dislokasi atau spasme otot dalam usaha untuk mempercepat penyembuhan dan menjaga imobilisasi hingga bersatu²³.

c. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri

Intervensi keperawatan yang diberikan 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 dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia PPNI, (2017) tujuan dari rencana keperawatan adalah untuk mengurangi tingkat kecemasan, menurunkan perilaku gelisah, mengurangi ungkapan kekhawatiran yang muncul akibat situasi yang dialami, serta meredakan ketegangan pada pasien ²⁴.

Post Op

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)

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

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia PPNI, (2017) tujuan dari rencana keperawatan adalah untuk meningkatkan pengendalian nyeri, yang ditandai dengan kemampuan pasien melaporkan nyeri yang sudah terkontrol, mengenali awal munculnya dan penyebab nyeri, memanfaatkan teknik nonfarmakologis, memperoleh dukungan dari orang terdekat, serta mengurangi ketergantungan pada analgesik. Penurunan tingkat nyeri juga terlihat dari berkurangnya keluhan nyeri, ekspresi wajah meringis, sikap protektif, kegelisahan, dan adanya perbaikan dalam pola tidur²⁴.

b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin

Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu Perawatan sirkulasi : Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle brachial indeks*), identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, anjurkan berhenti merokok, anjurkan berolahraga yang bisa dilakukan klien, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki), informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). Setelah dilakukan intervensi keperawatan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

Kekuatan nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia PPNI, (2017) tujuan rencana keperawatan agar perfusi perifer meningkat : Denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler cukup membaik, akral cukup membaik, turgor kulit cukup membaik ²⁴.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang

Intervensi keperawatan yaitu dukungan mobilisasi : dengan tindakan 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 di lakukan (mis, duduk di tempat tidur). Setelah dilakukan intervensi keperawatan 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.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatannya yang menuju status kesehatan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan ⁴¹. Kriteria mengimplementasikan tindakan meliputi yang melibatkan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, yang bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan pasien, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri ⁴².

Implementasi keperawatan peneliti melakukannya selama 7 hari dari tanggal 09-15 April 2025, berdasarkan intervensi yang sudah dibuat sebelumnya, tetapi 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 adalah Melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadinya nyeri, melihat respon pasien saat terjadinya nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi mural ⁴³, menganjurkan pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien, memberikan obat inj.keterolac 3x1 30mg, inj.ranitidine 2x1 25mg. Hasil penelitian dari Munirah & Amalia, (2024) implementasi dilakukan pengajaran dalam terapi nonfarmakologi yang meliputi teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian obat, serta pengkajian nyeri nonverbal dengan mengamati ekspresi wajah dan evaluasi respon nyeri secara menyeluruh dari lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri harian dan pemberian analgesik ⁴⁴. Untuk menurunkan skala nyeri, perawat membimbing pasien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada masalah ini adalah melakukan pengkajian kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi, memposisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat, memberikan traksi 4kg.

Pemasangan traksi skeletal pada pasien yang mengalami fraktur atau dislokasi ekstremitas yang tidak stabil yaitu ekstremitas bawah yang mungkin sulit untuk diimobilisasi dengan pembidaian atau

membutuhkan kekuatan yang lebih besar dari pada yang diberikan oleh traksi kulit (*skin traction*)³⁷.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah ansietas yaitu melakukan pengkajian penyebab takut dan cemas yang dirasakan pasien, melakukan pendekatan yang tenang dan baik terhadap pasien, memberikan perhatian penuh terhadap pasien, menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien, melatih keluarga pengalihan untuk 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, penyebab nyeri, dan waktu terjadinya nyeri, melihat respon pasien saat terjadinya nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi mural⁴³. Memberikan terapi farmakologis berupa injeksi Ranitidine 25 mg 2x1 dan injeksi Keterolac 30 mg 3x1, serta melakukan pengukuran tingkat nyeri sebelum dan sesudah terapi, pasien juga dianjurkan untuk beristirahat dengan cukup, hasil penelitian Munirah & Amalia, (2024), yang menerapkan terapi non-farmakologis melalui teknik relaksasi napas dalam, pemberian obat, serta pengkajian nyeri nonverbal dengan mengamati ekspresi wajah⁴⁴. Evaluasi nyeri dilakukan secara menyeluruh, mencakup lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, serta skala nyeri harian. Untuk membantu menurunkan tingkat nyeri, perawat membimbing pasien dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu memonitor tanda-tanda vital pasien, memonitor hemoglobin pasien, memberikan PRC 1 unit. Hemoglobin adalah salah satu senyawa pada sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkut

oksigen ke dalam sel-sel tubuh ⁴⁵. Indikasi tranfusi darah akibat dari perdarahan pasca operasi oleh beberapa keadaan diantaranya banyak darah yang hilang, menurunnya kadar hemoglobin, dan kondisi klinis pasien. Tranfusi darah bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin pasien yang menjadi normal (Mujiarun, 2016).

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)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan secara teori merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berikut ini adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien

Pre Op

Hasil evaluasi keperawatan pada diagnosis nyeri akut hari ke 3 didapatkan pasien masih mengeluh nyeri pada panggul kanannya, nyeri berkurang saat diberikan terapi dengan skala nyeri 3, 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 mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Kerusakan Integritas Struktur Tulang pada hari ke 3 didapatkan pada pasien masih mengeluh sulit untuk menggerakkan kaki sebelah kanannya, pasien masih mengeluh nyeri saat menggerakkan panggul kanan, pasien masih merasa cemas untuk bergerak, pasien tampak belum bisa menggerakkan kaki kanannya, pasien tampak masih berbaring ditempat tidurnya, pasien terpasang traksi 4kg, intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosis ansietas pada hari ke 3 didapatkan pada pasien yaitu perasaan cemas sudah berkurang, sudah tidak memikirkan kapan bisa berjalan seperti biasanya, 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 pada diagnosis nyeri akut hari ke 7 didapatkan pasien dengan keluhan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 2, data objektif menunjukkan pasien masih tampak meringis saat panggul kanan digerakkan, pasien tampak gelisah udah mulai berkurang. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian, intervensi keperawatan dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, terapi mural, dan obat yang diminum tepat waktu. Evaluasi yang didapatkan dengan masalah nyeri teratasi sebagian pada hari ke 7 beda dengan hasil penelitian Pinke (2022) dengan masalah keperawatan nyeri akut teratasi intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi keperawatan pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif hari ke 7 didapatkan pasien dengan keluhan pasien mengatakan badannya sudah membaik dan sudah tidak merasakan pusing lagi, data objektif menunjukkan pasien sudah tampak tidak pucat dan hemoglobin pasien 10,7 g/dl. Berdasarkan analisis diperoleh masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi, intervensi keperawatan dihentikan.

Hasil evaluasi pada diagnosis gangguan mobilitas fisik hari ke 7 didapatkan pasien dengan 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. Evaluasi yang didapatkan sama dengan penelitian Khalid (2022) dengan masalah gangguan mobilitas fisik dengan hasil masalah keperawatan teratasi pada hari ke 7 intervensi dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada partisipan Tn. A di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025, didapatkan kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada saat pengakajian ditemukan pasien fraktur femur *pre op* yaitu Tn. A fraktur karena terjatuh dari motor (kecelakaan tunggal), mengeluh nyeri di panggul kanan yang tidak bisa digerakan, dan tidak mampu untuk berjalan. Tn. A dilakukan tindakan pembedahan pemasangan CRIF PFNA pada hari ke 3 rawatan, mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya, nyeri terasa berdenyut denyut dengan skala nyeri 5, 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, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, ansietas berhubungan ancaman konsep diri.
3. Tahap perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan adalah manajemen nyeri, manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, 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 murotal, mengajarkan mobilisasi dini mengerakan jari jari kaki. mengerakan pergelangan kaki dan duduk diatas tempat tidur.
5. Hasil evaluasi yang didapatkan selama 7 hari yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian pada hari ke 7.

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

Semoga studi kasus yang peneliti lakukan pada Pasien Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat bermanfaat bagi Rumah Sakit terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur dan diharapkan kepada pimpinan dan manajemen rumah sakit untuk melakukan penyegaran kepada perawat mengenai Teknik non farmakologi salah satunya kepada perawat ruangan agar dapat memberikan Teknik relaksasi untuk menurunkan Tingkat nyeri yang diberikan bersamaan dengan farmakologis.

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat menambah studi kepustakaan dan menjadi masukan yang berguna dan bermanfaat pada kampus Kemenkes Poltekkes 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

1. Priscilla L, Karen BM, Gerene B. Keperawatan Medikal Bedah. In: Ayu L, editor. Jakarta. Jakarta; 2016.
2. Asikin M, Nasir M, Podding IT. Keperawatan Medikal Bedah Sistem Muskuloskeletal. 2016.
3. WHO. World Health Republik Indonesia. Fraktur Femur. 2021;
4. Ahmad SSN, Rahmadian R, Yulia D. Gambaran Kejadian Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2020;
5. Suriya M, Zuriati. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC. In Pustaka Galeri Mandiri; 2019.
6. Risnah R, Risnawati, R H. Terapi NON Farmakologi dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Akut pada Fraktur. J Islam Nurs. 2019;
7. Noor. Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal. In: Salemba Medika. 2016.
8. Rachman T, Rahmadian R, Rusjdi SR. Pola Pelaksanaan Fraktur Femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang. J Ilmu Kesehat Indones Vol 4, Iss 2, Pp 81-87. 2023;
9. RISKESDAS. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementrian Kesehat RI. 2018;
10. Permatasari C, Sari IY. TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN RASA NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA : STUDI KASUS STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta , Daerah Istimewa Yogyakarta , Indonesia Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM), Volume 2 Nomor 2 , November2022 Jurnal Kepe. J Keperawatan Merdeka. 2020;2(2):216–20.
11. BPS. Badan Pusat Statistik. Sumatera Barat. 2023;
12. Haryono R, Utami MPS. Keperawatan Medikal Bedah 2. In: PT Pustaka Baru. Yogyakarta; 2020.
13. Boangmanalu ES. Post Operasi Fraktur Ektremitas Bawah. J Keperawatan Silampari. 2023;
14. Black J., Hawaks JH. Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis

(8ed). Elsevier. 2014;

15. Nadia. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang IRNA Bedah Trauma Center. In: Repository Perpustakaan Poltekkes Padang. 2024.
16. Fauzi. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. In: Repository Perpustakaan Poltekkes Padang. 2023.
17. Padang RDMD. Laporan Rekam Medik Fraktur Femur. Instal Rekam Medis. 2024;
18. Padang RDMD. Laporan Rekam Medik Fraktur Femur. Instalasi Rawat Ina. 2024;
19. Nixon M. Keperawatan Medikal Bedah Konsep Mind Mapping dan Nanda Nic Noc Jilid 3. In: Jakarta. 2018.
20. Rozi IF, Tekwan G, Nugroho H. Hubungan Usia Pasien, Jenis Fraktur dan Lokasi Fraktur Tulang Panjang Terhadap Lama Rawat Inap Pasca Bedah di RS Ortopedi Prof. Dr.R.Soeharso Surakarta. J Sains Dan Kesehatan. 2021;
21. Wahid A. Buku Saku Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. In: CV Trans Info Media. 2013.
22. SDKI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (3ed). In: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
23. PPNI TPSD. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2019.
24. PPNI TPSD. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2019.
25. Sugiyono. Metodologi Penelitian. J Impresi Indonesia. 2018;
26. Abdullah. Berbagai Metodologi dalam Penelitian Pendidikan dan Manajemen. Gunadarma Ilmu. 2017;
27. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Med. 2020;
28. Rubaya. Metodologi Penelitian. J Impresi Indonesia. 2022;
29. Bararah T, & Jauhar M. Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 2. In: Jakarta : Prestasi Pustaka Jakarta. 2013.
30. Sumarno Maximillian Kesa. Close Fracture Collum Os Femur Dextra. J

Kesehat Masy. 2023;

31. F KR. Bedah Ortopaedi. fraktur Geriatr. 2020;
32. Muttaqin Arif. Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal. In: Perbit Buku Kedokteran. 2013.
33. Hardianto T, Ayubbana, S & Inayati A. Penerapan Kompres Dingin Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur. 2022;
34. Rahmadiyah Hana Maria, Erna Tsalatsatul F S& DC. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pos Operasi Fraktur Femur Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Menggunakan Terapi Kompres Cold Pack Di Ruang Yudistira Rsud Jombang. J Kesehat Tambusai. 2024;
35. Putri D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur Famur di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2020;
36. Wahid A. Buku Saku Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. In: CV Trans Info Media. 2013.
37. Choudhry, B, Leung B, Filips E & DK. Keeping the Traction on in Orthopaedics. Cureus. 2020;
38. Paramathania. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Fraktur Femur di Ruangan Imam Bonjol RD TK.III Dr. Reksodiwiryono Padang. Repos Perpust Poltekkes Padang. 2023;
39. Nurarif A. & KH. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis. Yogyakarta: MediAction. 2015;
40. Anggi A MM& M. Pengelolaan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Pada Pasien Post ORIF Hari Ke-3 Atas Indikasi Fraktur Femur Dextra 1/3 Distal Di RSUD Ungaran. Indones J Nurs Res. 2020;
41. Suwignjo P, Maidartati, Asmara L N SA& KU. Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. J keperawatan BSI. 2022;
42. Nursalam. Konsep dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktek. Salemba Med. 2016;
43. Isnaani M R. Gayatri D. Pengaruh Terapi Murotal Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri dan Kecemasan pada Pasien Fraktur Operasi. 2022;
44. Munirah F AR& KA. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Close Fracture

Neck Femur Sinistra. Stud Kasus. 2024;

45. Ridia KGM, Astawa P, Suyasa IK DI& WI. Kadar hemoglobin, konfigurasi fraktur, dan kerusakan jaringan sebagai faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pasca open reduction internal fixation fraktur tertutup tulang panjang ekstremitas bawah. Medicina (B Aires). 2021;

LAMPIRAN

[illegible]

Lampiran 2 Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Pembimbing 1

LEMBAR KOMITMEN KARYA TULIS ILMIAH
PROJEK-KI KEPERAWATAN ENDAH JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK SEMANGGI PADANG

Nama : Solus Dilla Maharani
 NIM : 201112010
 Pembimbing I : Ns. Hana S. Kap. MPA. MEd
 Tgl. : Menurut Keputusan pada Forum dengan Ketua Forum & Rombongan
 Ketua Tim dan Ketua Rombongan DED 04, DED 04 Padang

No	Tanggal	Keputusan Area Kerja Pembimbing	Tanda Tangan
1.	14 Oktober 2015	Konsep Judul KTI Kandungan Judul KTI Kandungan KTI	
2.	20 November 2015	Diseminasi (AND 1) Pembahasan, dan hasil, dan pengalihan	
3.	17 Desember 2015	Kandungan AND 1 Pembahasan, dan hasil, dan pengalihan	
4.	10 Desember 2015	Diseminasi (AND 1) Pembahasan, dan hasil, dan pengalihan	
5.	2 Januari 2016	Kandungan AND 1, 2, 3 Pembahasan, dan hasil, dan pengalihan	
6.	8 Januari 2016	Penyusunan Proposal, dan hasil, dan pengalihan	
7.	14 Maret 2016	Konsep Pengantar dan Hasil Pengantar	
8.	15 April 2016	Konsep Pengantar dan Hasil Pengantar dan Hasil Pengantar	
9.	18 Mei 2016	Konsep Pengantar dan Hasil Pengantar	
10.	21 Mei 2016	Kandungan Pengantar dan Hasil Pengantar Kandungan dan Hasil Pengantar	
11.	23 Mei 2016	Kandungan Pengantar dan Hasil Pengantar, DED 4 dan DED 5	
12.	2 Juni 2016	Kandungan AND 1, 2, 3, 4, dan 5	

11	4 Juni 2019	Penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan untuk Ujian Karya Tulis Ilmiah	
----	-------------	---	--

Mengetahui

Ketua Program Studi Diploma 3
Keperawatan Padang



Dr. Nuzliatul Ghafur, S.Kn, M.Kes

NIP. 197506211991022000

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
Pembimbing 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
INDUKER III KEPERAWATAN PEDIATRIK JENDERAL KEPERAWATAN
POSTERUSKE MANUSIAKIPAHANG

Nama : Nisha Rizka Pribudharani
 NIM : 21418219
 Pembimbing 2 : Ns. Hj. Rella Riana, S.Kep., M.Delena
 Judul : Analisis keperawatan pada pasien dengan Fraktur Femur di Rumah Trauma Center RSUD Dr. Djamil Djaling

No	Tanggal	Kegiatan Area Kerja Per Minggu	Tanda Tangan
1.	10 - Januari 2024	Assesment	
2.	05 - Februari 2024	Pada Asuhan Keperawatan yang sudah ada dan penyusunan primary presentation	
3.	27 - Januari 2024	Formasi NDS dan Laporan DAD III	
4.	05 - Januari 2024	Pada Asuhan Keperawatan yang sudah ada dan penyusunan primary presentation	
5.	27 - Januari 2024	Laporan DAD dan laporan	
6.	05 - Januari 2024	Assesment dan penyusunan	

Mengetahui
 Ns. Rella Riana, S.Kep., M.Delena
 KEPERAWATAN PEDIATRIK

 Ns. Rella Riana, S.Kep., M.Delena
 NIP. 199002119900310005

2.	20/6-2018	Intake also advice last position	
3	27/6-2018	Intake Probation	
4	4-6-2018	Intake abstract	
5	7-6-2018	Intake again	

Exotic reptiles, S. Rex, M. King, Ag. J. Hunt

[illegible]

[illegible]

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

KEMENKES
RS. M. Djamil

KEPONTAAN KAWAHAH
Instansi Jendral Kesehatan Tergabung
Jalan Pahlawan 10, Medan 20132

NOTA DINAS
NOMOR: DP/01/EPD/2012.180025

Yth:
Dua
Tuan
Tanggal

Ka. Instalasi Rawat Inap (Sedang)
Kedokteran Mahkota Perawatan
Dan Perawatan Bedah Rawat
20 Maret 2012

Selubungan dengan surat perintah Kamelus Polokus Padang Nomor
PP/01/01P/000/01/02/0025 tanggal 20 Maret 2012 perihal izin penelitian dalam rangka
penyusunan Laporan Studi Kasus yang merupakan bagian dari penyelesaian Karya Tulis
Ilmiah (KTI) Perihal Penelitian Studi, berkenaan dengan izin penelitian mahasiswa

Nama: Satrio Nita Mahasari
NIM/ID: 222110020
Program Studi: D-III Keperawatan
Jabatan Penelitian: Asisten Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Fungsi
Pemeriksaan Sistem Tumor Gaster RSUP Dr. M. Djamil Padang

Demiikian surat perintah, agar perhatian dan kebijaksanaan diberikan terimakasih


Dr. Ns. ARIKA M.Kep. Ns.MR, FRCG, CHAT

*for D. Nita Nita
Laporan Penelitian penelitian teras
6/10
Kedokteran Mahkota Perawatan*



Lampiran 8 Surat Persetujuan (Informed Consent)

INFORMED CONSENT

Consent Form in Indonesian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

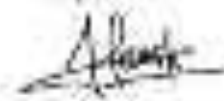
Nama Responden	Adnan
No. ID	21.00.00.000
Alamat	JK. Kuningan / 24 - Agustus 1900
Alamat	Tipe rumah / rumah biasa
Tempat	CONGKONG
Alamat rumah	Jl. Peta - Belianan
Telepon	0800

Selaku responden yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, saya setuju untuk mengikuti prosedur penelitian yang akan dilakukan. Saya setuju bahwa data yang saya berikan akan digunakan untuk tujuan penelitian ini. Saya setuju bahwa data yang saya berikan akan digunakan untuk tujuan penelitian ini.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami isi dari surat persetujuan ini dan saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Disetujui pada tanggal 2009

Responden



Adnan Belianan

Lampiran 9 Daftar Hadir Penelitian

DAFTAR HADIR PENELITIAN
INSTRUMEN PENELITIAN

INSTRUMEN : **Survei Bina Perekonomian**
INSTRUMEN : **Kemampuan Penguasaan Bahasa**

No	Nama	Tanggal	Jumlah Hadir		Tgl dan Nama P. Penelitian
			Jumlah Hadir	Jumlah Hadir	
1	Andi A. Pratiwi (Survei)	21.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
2	Andi A. Pratiwi (Survei)	22.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
3	Andi A. Pratiwi (Survei)	23.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
4	Andi A. Pratiwi (Survei)	24.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
5	Andi A. Pratiwi (Survei)	25.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
6	Andi A. Pratiwi (Survei)	26.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
7	Andi A. Pratiwi (Survei)	27.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
8	Andi A. Pratiwi (Survei)	28.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
9	Andi A. Pratiwi (Survei)	29.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
10	Andi A. Pratiwi (Survei)	30.11.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
11	Andi A. Pratiwi (Survei)	01.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
12	Andi A. Pratiwi (Survei)	02.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
13	Andi A. Pratiwi (Survei)	03.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
14	Andi A. Pratiwi (Survei)	04.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
15	Andi A. Pratiwi (Survei)	05.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
16	Andi A. Pratiwi (Survei)	06.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
17	Andi A. Pratiwi (Survei)	07.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
18	Andi A. Pratiwi (Survei)	08.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
19	Andi A. Pratiwi (Survei)	09.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi
20	Andi A. Pratiwi (Survei)	10.12.2021	10.10	10.10	H. A. Pratiwi

H. A. Pratiwi
Survei Bina Perekonomian

Lampiran 10 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah (Fraktur Femur)

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PRE OP DAN
POST OP FRAKTUR FEMUR DI RUANGAN BEDAH TRAUMA CENTER
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identifikasi klien:

- 1) Nama : Tn. A
- 2) Umur : 85 Tahun
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki
- 4) Pendidikan : SLTA
- 5) Pekerjaan : Pedagang
- 6) Alamat : Tigo Jangko / Tanah Datar
- 7) Diagnose medis : Fr. Collum Femur Dextra
- 8) No MR : 01.25.xx.xx

b. Identifikasi penanggung jawab

- 1) Nama : Ny. A
- 2) Pekerjaan : Pegawai Swasta
- 3) Alamat : Tigo Jangko / Tanah Datar
- 4) Hubungan : Anak kandung

c. Keluhan Utama :

Pasien masuk kerumah sakit pada hari rabu tanggal 09 April 2025 jam 03.00 wib melalui IGD Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan rujukan dari RSK Bedah Ropanasuri. Pasien dengan keluhan nyeri di panggul kanan dan tidak bisa digerakan karena terjatuh dari motor (kecelakaan tunggal).

Pasien Tn. A terjatuh dari motor pada tanggal 31 Maret 2025 pasien langsung dibawa ke puskesmas oleh keluarganya, pada tanggal 01 April 2025 pasien dibawa oleh keluarga ke tempat pijit yang dilakukan selama 2x dan diwaktu ke 2 dilakukan pemijitan pada tanggal 04 April 2025, setelah pijit pasien masih merasakan nyeri pada pangkal pahanya, pada tanggal 06 April 2025 pasien dibawa keluarganya ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan keadaan pasien, pihak puskesmas langsung merujuk pasien ke RSU Prof. Dr. M Ali Hanafiah, pada tanggal 07 April 2025 RSU Prof. Dr. M Ali Hanafiah merujuk pasien ke RSK Bedah Ropanasuri dan pada hari Rabu 09 April 2025 jam 03.00 WIB pasien dirujuk ke IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan dan tindakan pasien sebelum masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang selama 9 hari.

d. Riwayat Kesehatan :

1) Riwayat Kesehatan Sekarang :

Keluhan saat dikaji (PQRST) :

Pre Op

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 April 2025 pukul 13.00 WIB di ruangan Trauma Cente. Pasien mengeluh nyeri pada pangkal paha, pasien merasakan nyeri saat kaki digerakkan, nyeri yang dirasakan terasa tertusuk tusuk dengan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri nya hilang timbul. Pasien mengatakan pada malam hari tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun, rentang gerak pasien masih terbatas, pasien masih berbaring ditempat tidurnya, pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga. Pasien mengatakan operasinya dilakukan pada tanggal 11 April 2025 pukul 20.00 WIB.

Post Op

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 April 2025 pukul 12.00 WIB di ruangan Bedah Trauma Center, pasien mengatakan operasinya berjalan lancar dan selesai operasi pukul 01.30 WIB dengan post operasi pemasangan CRIF PFNA pada pasien fraktur collum femur dextra. Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri yang dirasakan pasien berdenyut-denyut dengan skala nyeri 5 dan terkadang terasa panas-panas pada daerah operasi, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun pada malam hari, pasien selalu gelisah dan meringis saat merasakan nyeri yang dialaminya, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

2) Riwayat kesehatan dahulu :

Pasien mengatakan tidak pernah masuk rumah sakit sebelumnya dan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit DM, Hipertensi dan penyakit menular seperti TB paru, hepatitis, HIV dll.

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit DM, Hipertensi dan penyakit menular seperti TB paru, hepatitis, HIV dll.

e. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Sehat : selama sehat pasien mengatakan makan 3x sehari dengan 1 porsi sedang yang isinya nasi, lauk, dan terkadang memakai sayur dengan pola yang teratur

Sakit : pasien mendapat diit TKTP selama 3x sehari. Pasien mengatakan saat sakit nafsu makan pasien

berkurang, pasien hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan petugas gizi.

b) Minum

Sehat : Pasien mengatakan minum air mineral \pm 6-7 gelas dalam sehari dan minum 1 gelas kopi tiap pagi

Sakit : Pasien minum \pm 1000 ml / hari dan terpasang infus NaCl

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : Pasien mengatakan BAB 1x dalam sehari setiap pagi hari, lancar tidak ada gangguan, konsistensi sedang, bau khas, warna kuning kecoklatan.

Sakit : Pasien mengatakan saat masuk rumah sakit pasien belum pernah BAB sampai pulang

b) BAK

Sehat : Pasien mengatakan BAK \pm 5-6 kali dalam sehari dengan warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK dan berbau pesing khas urine.

Sakit : Pasien BAK menggunakan kateter dengan jumlah 1500cc/ hari

3) Pola tidur dan istirahat

Sehat : Pasien mengatakan saat siang hari jarang tidur siang dan saat malam hari pasien tidur \pm 7-8 jam.

Sakit : Pasien mengatakan saat sakit tidur siang \pm 1-2 jam, dan saat malam hari \pm 4-5 jam dan itu sering terbangun karena nyeri pada pre op dan post op yang dialaminya.

4) Pola aktivitas

Sehat : pasien mengatakan pada saat sehat aktivitas sehari-hari pasien dilakukan secara sendiri dan mandiri tidak ada dibantu oleh keluarga ataupun orang lain

Sakit : pasien mengatakan saat sakit aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarganya.

5) Pola bekerja

Sehat : Pasien mengatakan sehari-hari dirumah dan disaat panen pada kebunnya pasien langsung mengatarkan ke pasar.

Sakit : pada saat sakit pasien tidak bisa bekerja seperti biasanya, pasien berobat dengan menggunakan BPJS.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Compas Mentis Cooperatif

Tinggi / Berat Badan : 165 cm / 65 kg

Pre Op

Tekanan darah : 123/65 mmHg

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 84 x/i

Pernapasan : 18 x/i

Post Op

Tekanan darah : 138/75 mmHg

Suhu : 36,6 °C

Nadi : 80 x/i

Pernapasan : 20 x/i

2) Kepala

Simetris, tidak ada lesi dikepala, rambut tampak bersih, hitam dan tidak rontok

3) Telinga

Simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada perdarahan dan tidak ada gangguan pendengaran

4) Mata

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

5) Hidung

Simteris kiri dan kanan, bersih, tidak ada perdarahan dan tidak ada pernafasan cuping hidup

6) Mulut

Normal, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada lesi/luka

7) Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid dan kelenjer getah bening

8) Dada

a) Toraks (paru-paru) :

I : simetris kiri dan kanan

P : fremitur kiri dan kanan

P : sonor

A : vesikuler

b) Jantung

I : iktus kordis tidak terlihat

P : iktus kordis tidak teraba

P : sonor

A : tidak ada suara tambahan

c) Abdomen

I : simetris kiri dan kanan, dan perut tampak datar

P : tidak ada nyeri tekan

P : simetris dan hepar tidak teraba

A : suara timpani

9) Ekstremitas

a) Atas

Pre Op

Kiri : akral teraba hangat, CRT < 2 detik, terpasang infus Tutosol 500 ml 1x1 dengan tetesan 20 tetes/menit.

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

Post Op

Kiri : akral teraba hangat, CRT < 2 detik, terpasang infus NaCl 0,9% 500 ml dengan tetesan 20 tetes/menit.

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

b) Bawah

Pre Op

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

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

Post Op

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

Kanan : pasien tampak tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kanannya, luka pada post operasi pasien di tutupi dengan perban dibagian paha sebelah kanan pasien.

g. Data psikologis

1) Status emosional

Pasien tampak tenang beserta keluarganya dan saat bicara pasien dan keluarga dapat menjawab dengan baik

2) Kecemasan :

Pasien tampak cemas saat kakinya susah untuk, pasien sering mengatakan untuk cepat-cepat keluar dari rumah sakit dan berjalan seperti biasanya.

3) Pola koping

Pasien mengatakan sudah ditakdirkan dengan kondisi yang dialaminya, pasien tetap percaya dan mengikuti saran dan

arahan oleh petugas rumah sakit untuk penyembuhan penyakit yang dialaminya.

4) Gaya komunikasi

Komunikasi pasien terhadap orang-orang sekitar dilakukan secara baik dan jelas dengan menggunakan bahasa Indonesia dan juga minang.

5) Konsep diri :

Pasien mengatakan tidak merasa malu terhadap kondisinya sekarang yang belum bisa berjalan selama pemulihan, tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya dan aktivitasnya yang harus dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan merasa memberatkan keluarga dengan kondisi yang dialaminya.

h. Data social

Dalam kehidupan sehari-hari pasien bersikap baik dengan keluarga dan masyarakat disekitarnya. Pasien dan keluarganya tampak saling berkomunikasi dengan baik dan saling membantu, terlihat saat dirumah sakit saudara, anak dan cucunya selalu berganti merawat pasien selama dirumah sakit.

i. Data spiritual

Pasien beragama islam, pasien saat sehat taat melakukan solat 5 waktu dalam sehari tetapi saat sakit pasien sangat kesulitan dalam melakukan solat 5 waktu.

j. Data penunjang

1) Hasil pemeriksaan laboratorium (09-04-2025)

Pre Op

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Eritrosit	3.62	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
Hematokrit	32	%	40.0-48.0
Hemoglobin	10.7	g/dL	13.0-16.0

Leukosit	8.11	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
MCH	30	pg	27.0-31.0
MCHC	33	%	32.0-36.0
MCV	89	fL	82.0-92.0
RDW-CV	13.4	%	11.5-14.5
Trombosit	347	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
APTT	24.5	detik	22.225-27.775
PT	11.0	detik	9.81-12.36
Kalium	5.2	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	109	mmol/L	97-111
Natrium	138	mmol/L	136-145
Gula Darah Sewaktu	98	mg/dL	50-200
Kreatinin Darah	1.3	mg/dL	0.8-1.3
Ureum Darah	51	mg/dL	10-50

2) Hasil pemeriksaan laboratorium (12-04-2025)

Post Op

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Eritrosit	3.16	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
Hematokrit	28	%	40.0-48.0
Hemoglobin	9.7	g/dL	13.0-16.0
Leukosit	10.12	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
MCH	31	pg	27.0-31.0
MCHC	35	%	32.0-36.0
MCV	89	fL	82.0-92.0
RDW-CV	13.5	%	11.5-14.5
Trombosit	351	$10^3/\text{mm}^3$	150-400

3) Hasil pemeriksaan laboratorium (13-04-2025)

Post Op

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Eritrosit	3.48	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
Hematokrit	32	%	40.0-48.0
Hemoglobin	10.7	g/dL	13.0-16.0
Leukosit	18.70	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
MCH	31	pg	27.0-31.0
MCHC	34	%	32.0-36.0
MCV	91	fL	82.0-92.0
RDW-CV	14.4	%	11.5-14.5
Trombosit	340	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Kreatinin Darah	1.6	mg/dL	0.8-1.3
Ureum Darah	60	mg/dL	10-50

4) Pemeriksaan Rontgen

Pre Op



Post Op



k. Program dan rencana pengobatan

Pre Op

- 1) Terpasang skin traksi 4kg
- 2) Pre CRIF PFNA
- 3) IVFD Tutosol 1x1 20 tpm
- 4) Inj. Ranitidine 2x1 25mg
- 5) Inj. Keterolak 3x1 30mg

Post Op

- 1) NaCl 0,9 % 500 ml
- 2) Transfuse PRC 1 unit
- 3) Inj. Ranitidine 2x1 25mg
- 4) Inj. Keterolok 3x1 30mg
- 5) Asam Folat tab 1 mg

2. ANALISA DATA

Pre Op

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada pangkal paha sebelah kanan pasien 2. Pasien mengatakan nyerinya terasa ditusuk tusuk dengan skala 5 3. Pasien mengatakan merasa nyeri saat kakinya digerakan <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis saat menggerakan panggul sebelah kanan 2. Pasien tampak gelisah dan merasa kurang nyaman 3. pasien tampak takut menggerakan kaki sebelah kanannya 	<p>Agan pencederaan fisik (trauma)</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan susah untuk digerakan 	<p>Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

	<p>2. Pasien mengatakan nyeri saat kaki sebelah kanan digerakan</p> <p>3. Pasien mengatakan terasa berat untuk menggerakan kaki sebelah kanan</p> <p>4. Pasien mengatakan merasa takut untuk menggerakan kaki sebelah kanannya</p> <p>5. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>Do :</p> <p>1. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>2. Gerakan pasien tampak masih terbatas</p> <p>3. Pasien tampak terpasang skin traksi 4kg</p>		
3.	<p>Ds :</p> <p>1. pasien mengatakan dia merasa cemas dan khawatir dengan kondisinya saat ini</p> <p>2. pasien mengeluh sulit</p>	Ancaman terhadap kosep diri	Ansientas

	tidur Do : 1. pasien tampak cemas karena takut tidak sembuh pada pangkal paha nya sebelah kanan 2. pasien tampak cemas dan khawatir sebelum operasi 3. pasien tampak gelisah		
--	---	--	--

Post Op

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds : 1. Pasien mengatakan nyeri pada post operasi di kaki bagian paha sebelah kanan 2. Pasien mengatakan nyeri yang dialaminya berdenyut-denyut dan nyerinya hilang timbul 3. Pasien mengatakan luka post operasi	Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut

	<p>terkadang terasa panas</p> <p>4. Pasien mengatakan nyeri yang dialaminya dengan skala 5</p> <p>5. Pasien mengatakan nyeri disaat kaki kanannya digerakan</p> <p>Do :</p> <p>1. Pasien tampak meringis kesakitan saat terjadinya nyeri dan perpindahan posisi</p> <p>2. Pasien tampak tidak nyaman dan gelisah</p> <p>3. Pasien tampak takut menggerakan kaki sebelah kanannya</p>		
2.	<p>Ds :</p> <p>1. Pasien mengatakan kaki terasa kebas</p> <p>2. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya</p> <p>Do :</p> <p>1. Pasien tampak pucat</p> <p>2. Akral pasien terasa dingin</p> <p>3. Pasien memonitor hemoglobin</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>

3.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan susah untuk digerakan 2. Pasien mengatakan nyeri saat kaki sebelah kanan digerakan 3. Pasien mengatakan terasa berat untuk menggerakan kaki sebelah kanan 4. Pasien mengatakan merasa takut untuk menggerakan kaki sebelah kanannya 5. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak hanya berbaring ditempat tidur 2. Gerakan pasien tampak masih terbatas 3. Pasien tampak 100ias untuk menggerakan jari-jari kaki sebelah kanannya 	<p>Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
----	--	---	---------------------------------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pre Op

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (trauma)	09 April 2025		
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang	09 April 2025		
3.	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	09 April 2025		

Post Op

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	12 April 2025		
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	12 April 2025		
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas strutur tulang	12 April 2025		

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Pre Op

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SIKI)	Intervensi (SLKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	Tingkat nyeri menurun Dengan kriteria hasil: 8. Kemampuan memutuskan aktivitas meningkat 9. Keluhan nyeri menurun 10. Meringis menurun 11. Gelisah menurun 12. Kesulitan tidur menurun 13. Ketegangan otot menurun	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi 10. Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri. 11. Identifikasi skala nyeri. 12. Identifikasi respon nyeri non verbal. 13. Identifikasi factor yang memberatkan dan meringankan nyeri. 14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 18. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik 5. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi nafas dalam). 6. Control lingkungan

			<p>yang memberatkan rasa nyeri (mis, suhu rungan, pencahayaan, dan kebisingan).</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Mobilitas fisik meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kaku sendi 	<p>Perawatan traksi (1.05182) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan perawatan diri saat terpasang traksi 2. Monitor alat fiksasi eksternal 3. Monitor sirkulasi,

		<p>menurun</p> <p>6. Gerakan terbatas menurun</p> <p>7. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>pergerakan, dan sensasi pada ekstremitas yang cedera</p> <p>4. Monitor adanya komplikasi imobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat 2. Pertahankan posisi baring yang tepat di tempat tidur 3. Pastikan beban traksi terpasang tepat, pastikan tali dan kontrol bebas menggantung 4. Pastikan tarikan tali dan beban tetap berada di sepanjang sumbu tulang fraktur 5. Amankan beban traksi saat menggerakkan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pentingnya nutrisi yang memadai untuk penyembuhan tulang
3.	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<p>Tingkat ansietas menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi ang dihadapi 	<p>Reduksi ansietas (1.09314)</p> <p>Observasi</p> <p>Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan

		<p>menurun</p> <p>3. Perilaku tegang menurun</p>	<p>kepercayaan</p> <p>2. Temani pasien untuk mengurani kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>3. Pahami situasi membuat ansietas</p> <p>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5. Gunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian</p> <p>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien</p> <p>4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>5. Latih Teknik relaksasi</p>
--	--	--	---

Post Op

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SIKI)	Intervensi (SLKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	Tingkat nyeri menurun Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memutuskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Ketegangan otot menurun 7. Nafsu makan menurun 	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi <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 factor yang memberatkan dan meringankan 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 komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi nafas dalam). 2. Control lingkungan yang memberatkan rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan

			<p>kebisingan).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kekuatan nadi perifer meningkat 7. Warna kulit pucat menurun 8. Pengisian kapiler membaik 9. Akral membaik 10. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (1.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial indeks</i>). 5. Identifikasi factor risiko gangguan

			<p>sirkulasi (mis,diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi).</p> <p>6. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.</p> <p>6. Lakukan pencegahan infeksi.</p> <p>7. Lakukan perawatan kaki dan kuku.</p> <p>8. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan berhenti merokok.</p> <p>8. Anjurkan berolahraga yang bisa dilakukan klien</p> <p>9. Anjurkan mengecek air mandi untuk hidari kulit terbakar.</p> <p>10. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki).</p> <p>11. Anjurkan</p>
--	--	--	--

			<p>program rehabilitasi vascular</p> <p>12. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p>
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pergerakan ekstremitas meningkat 6. Kekuatan otot meningkat 7. Rentang gerak (ROM) meningkat 8. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan ambulasi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 6. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi. 7. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi. 8. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis, kursi roda, tongkat atau kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu.

			<p>6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulansi.</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi.</p> <p>5. Anjurkan melakukan ambulansi dini.</p> <p>6. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda).</p>
--	--	--	---

D. IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

Pre Op

Hari / Tgl	Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Rabu / 09 April 2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (trauma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadinya nyeri 2. Melihat respon pasien saat terjadinya nyeri 3. Memberikan Teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murotal 4. Menganjurkan pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien 5. Memberikan obat inj.katerolac 3x1 30mg, inj.ranitidine 2x1 25mg 6. Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan obat dan diajarkan Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada panggul dan kaki kanan 2. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul 3. Pasien mengatakan skala nyeri 5 4. Pasien mengatakan nyeri ketika kaki kanan digerakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis saat menahan nyeri yang dialaminya 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak takut menggerakan kaki sebelah kirinya 4. Pasien sudah diberikan obat injeksi katerolac 3x1 30 mg

		dan terapi murotal)	<p>TD : 125/72 mmHg</p> <p>N : 83x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,6 °C</p> <p>A:</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan pasien Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dalam terapi murotal)</p>
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan diri saat terpasang traksi 2. Memposisikan tubuh pada kesejajaran yang tepat 3. Mempertahankan posisi baring yang tepat ditempat tidur 4. Memastikan tali dan kotrol bebas tergantung 5. Memastikan tarikan tali dan beban tetap berada disepanjang sumbu tulang fraktur 6. Meamankan beban 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanannya sangat berat untuk digerakan 2. Pasien mengatakan nyeri saat menggerakan panggulnya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak posisi baring dengan baik di tempat tidurnya 2. Tali dan katrol tampak tergantung dengan traksi 4kg

		traksi saat menggerakan pasien	<p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan perawatan traksi</p>
	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian penyebab takut dan cemas yang dirasakan pasien 2. Melakukan pendekan yang tenang dan baik terhadap pasien 3. Memberikan perhatian penuh terhadap pasien 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Melatih keluarga pengalihan untuk 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 merasa cemas dengan kondisinya 2. Pasien mengatakan merasa takut tidak bisa berjalan seperti biasanya 3. Pasien mengatakan takut memberatkan keluarganya ang sedang menenmaninya saa diumah sakit <p>O ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sering menanyakan keadaannya saat ini 2. Pasien sering bertanya kapan bisa berjalan seperti biasanya <p>A :</p> <p>Masalah ansietas belun</p>

			<p>teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan reduksi ansietas</p>
<p>Kamis / 10 April 2025</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadinya nyeri 2. Melihat dan mengevaluasi respon pasien saat terjadinya nyeri 3. Memberikan Teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murotal 4. Menganjurkan pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien 5. Memberikan obat inj.katerolac 3x1 30mg, inj.ranitidine 2x1 25mg 6. Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan obat dan diajarkan Teknik relaksasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada panggul kanannya 2. Pasien mengatakan nyerinya terasa ditusuk-tusuk dan nyerinya hilang timbul 3. Pasien mengatakan nyerinya berkurang setelah minum obat dan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam dan juga murotal 4. Pasien mengatakan skala nyeri 4 yang dialaminya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Pasien sudah

		(Teknik nafas dalam dan terapi murotal)	<p>diberikan obat inj. Katerolak 3x1 30mg dan inj. Ranitidine 3x1 25mg</p> <p>4. Tanda-tanda vital TD : 115/ 78 N : 81x/menit RR : 20x/menit S : 36,7 °C</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan Teknik napas dalam dan terapi murotal</p>
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan diri saat terpasang traksi 2. Mengevaluasi tubuh pada kesejajaran yang tepat 3. Mengevaluasi posisi baring yang tepat ditempat tidur 4. Mengevaluasi tali dan kotrol bebas tergantung 5. Mengevaluasi 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanannya terasa berat 2. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada panggul kanannya 3. Pasien mengatakan tidak bisa memposisikan tubuhnya kekiri dan kanan

		<p>tarikan tali dan beban tetap berada disepanjang sumbu tulang fraktur</p> <p>6. Mengamankan beban traksi saat menggerakkan pasien</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak posisi baring dengan baik di tempat tidurnya 2. Tali dan katrol tampak tergantung dengan traksi 4kg 3. Pasien tampak kurang nyaman dengan posisinya berbaring terus menerus <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan perawatan traksi</p>
	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi penyebab takut dan cemas yang dirasakan oleh pasien 2. Melakukan pendekatan yang tenang 3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien 4. Menganjurkan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa cemas dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakn masih merasa takut jika tidak bisa berjalan seperti biasanya 3. Pasien mengatakan takut memberatkan

		<p>keluarga untuk selalu mendampingi pasien</p> <p>5. Melatih keluarga pegalihan mengurangi ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan</p>	<p>kelarganya</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih sering bertanya tentang kondisinya 2. Pasien masih sering bertanya kapan bisa berjalan seperti biasanya <p>A :</p> <p>Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan reduksi ansietas</p>
<p>Jumat / 11 April 2025</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keluhan nyeri yang dirasakan pasien 2. Melihat respon nyeri pasien 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien 4. Mengajarkan pasien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri dengan cara napas dalam dan terapi murotal 5. Memberikan obat pasien inj. Ranitidine 2x1 25mg 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada panggul sebelah kanan 2. Pasien mengatakan nyerinya terasa tersuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri yang dialami pasien dengan skala nyeri 3 4. Pasien mengatakan nyeri akan berkurang setelah pemberian obat dan melakukan

		dan inj. Katerolak 3x1 30mg	<p>Teknik nonfarmakologi seperti napas dalam dan mendengarkan murotal</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien masih tampak gelisah 3. Tanda-tanda vital: TD : 118/76 N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 26,6 °C 4. Pasien post op pukul 20.00 wib <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 mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan diri saat terpasang traksi 2. Mengevaluasi tubuh pada kesejajaran yang tepat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki kanannya masih terasa berat 2. Pasien mengatakan masih terasa nyeri

	tulang	3. Mengevaluasi posisi baring yang tepat ditempat tidur 4. Mengevaluasi tali dan kotrol bebas tergantung 5. Mengevaluasi tarikan tali dan beban tetap berada disepanjang sumbu tulang fraktur 6. Mengamankan beban traksi saat menggerakan pasien	pada panggul kanannya 3. Pasien mengatakan masih tidak bisa memposisikan tubuhnya kekiri dan kanan O : 1. Pasien tampak masih dengan posisi baring yang baik di tempat tidurnya 2. Tali dan katrol tampak tergantung dengan traksi 4kg 3. Pasien tampak masih kurang nyaman dengan posisinya berbaring terus menerus A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan dukungan mobilisasi
	Ansietas berhubungan	1. Mengevaluasi penyebab takut dan	S : 1. Pasien mengatakan

	dengan ancaman terhadap lingkungan	<p>cemas yang dirasakan oleh pasien</p> <p>2. Melakukan pendekatan yang tenang terhadap pasien</p> <p>3. Memberikan perhatian yang penuh kepada pasien</p> <p>4. Mengajarkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien</p> <p>5. Melatih keluarga untuk pengalihan mengurai ketegangan yaitu dengan cara berkomunikasi dengan keluarga dan orang-orang yang ada dalam ruangan</p>	<p>perasaan sudah mulai berkurang</p> <p>2. Pasien mengatakan tubuh sudah mulai tenang dan tidak gelisah lagi</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien sudah tampak tidak sering bertanya lagi</p> <p>2. Pasien sudah tampak tenang dan tidak cemas lagi</p> <p>A :</p> <p>Masalah ansietas sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
--	------------------------------------	--	---

Post Op

Hari / Tgl	Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Sabtu / 12 April 2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadinya nyeri Melihat respon pasien saat terjadinya nyeri Memberikan Teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi mural Menganjurkan pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien Memberikan obat katekolac 3x1 30 mg Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan obat dan diajarkan Teknik relaksasi (Teknik 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi di pangkal paha sebelah kanan Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut dan terkadang rasanya panas hilang timbul Pasien mengatakan skala nyeri 5 Pasien mengatakan nyeri ketika kaki kanan digerakan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis saat menahan nyeri yang dialaminya Pasien tampak gelisah Pasien tampak takut menggerakan kaki sebelah kanannya Pasien sudah diberikan obat injeksi katekolac 30 mg dan inj. Ranitidine 25mg <p>A:</p>

		<p>napas dalam dan terapi muntah)</p>	<p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan pasien Teknik relaksasi (Teknik napas dalam dalam terapi muntah)</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital pasien 2. Memonitor hemoglobin pasien 3. Memberikan PRC 1 unit 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya terasa lemah 2. Pasien merasakan kepalanya terasa pusing <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. CRT <2 detik 3. Hemoglobin pasien 9,7 g/dl 4. Pasien tampak sedang transfusi PRC 1 unit <p>A:</p> <p>Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan memonitor hemoglobin pasien</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Melibatkan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki sebelah

	<p>dengan</p> <p>Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan pasien</p> <p>3. Mengajarkan untuk melakukan mobilitas dini (menggerakan jari-jari pasien)</p>	<p>kanannya masih susah untuk digerakkan</p> <p>2. Pasien mengatakan nyeri saat kaki sebelah kanan digerakkan</p> <p>3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan masih terasa berat</p> <p>4. Pasien mengatakan untuk aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>5. Pasien mengatakan masih terasa takut untuk menggerakan kaki sebelah kanannya</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak berbaring ditempat tidurnya</p> <p>2. Gerakan pasien tampak masih terbatas</p> <p>3. Pasien udah mulai bisa untuk menggerakan kecil jari-jari kakinya</p> <p>4. Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 131/81 mmHg</p>
--	---	--	--

			<p>N : 83 x/menit</p> <p>RR : 20c/menit</p> <p>S : 36,7 °C</p> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan dukungan mobilisasi : mobilisasi sederhana denganmenggerakkan jari kaki dan ujung kaki</p>
Minggu / 13 April 2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri 2. mengevaluasi respon pasien saat terjadinya nyeri 3. Membantu mengurangi nyeri dengan memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murotal 4. Memodifikasi pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi di pangkal paha sebelah kanannya 2. Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut dan terkadang rasanya panas hilang timbul udah mulai berkurang 3. Pasien mengatakan skala nyeri 4 4. Pasien mengatakan masih terasa nyeri ketika kaki kanan digerakan <p>O:</p>

		<p>5. Memberikan obat katerolac 3x1 30 mg</p> <p>6. Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan obat dan diajarkan Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dan terapi murotal)</p>	<p>1. Pasien masih tampak meringis saat menahan nyeri yang dialaminya</p> <p>2. Pasien masih tampak gelisah</p> <p>3. Pasien masih tampak takut menggerakkan kaki sebelah kanannya</p> <p>4. Pasien sudah diberikan obat injeksi katerolac 30 mg</p> <p>5. Tanda-tanda vital TD:126/78mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,6 °C</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan pasien Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dalm terapi murotal)</p>
	Perfusi perifer tidak efektif	1. Memonitor tanda-tanda vital pasien	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan</p>

	berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	2. Memonitor hemoglobin pasien	badannya masih terasa lemah 2. Pasien merasakan kepalanya yang terasa pusing udah mulai membaik O: 1. Pasien masih tampak pucat 2. CRT <2 detik 3. Hemoglobin pasien 10,7 g/dL A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan dengan memonitor hemoglobin pasien
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas strutur tulang	1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan pasien 3. Mengevaluasi mobilitas dini (menggerakan jari-jari pasien)	S: 1. Pasien mengatakan kaki sebelah kanannya sudah mulai bisa untuk digerakkan 2. Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan digerakkan udah mulai berkurang 3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan

			<p>terasa berat digerakan udah mulai membaik</p> <p>4. Pasien mengatakan untuk aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>5. Pasien mengatakan masih terasa takut untuk menggerakan kaki sebelah kanannya</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien masih tampak berbaring ditempat tidurnya</p> <p>2. Gerakan pasien masih tampak terbatas</p> <p>3. Pasien sudah mulai bisa untuk menggerakan kecil jari-jari kakinya</p> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan dukungan mobilisasi :mobilisasi sederhana denganmenggerakan jari kaki dan ujung kaki</p>
--	--	--	---

<p>Senin/ 14 April 2025</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri 2. mengevaluasi respon pasien saat terjadinya nyeri 3. Membantu mengurangi nyeri dengan memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas 4. dalam dan terapi murotal 5. Memodifikasi pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien 6. Memberikan obat katerolac 3x1 30 mg 7. Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan obat dan diajarkan Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dan terapi murotal) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post operasi di pangkal paha sebelah kanannya sudah berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut dan terkadang rasanya panasnya hilang timbul sudah berkurang 3. Pasien mengatakan skala nyeri 3 4. Pasien mengatakan nyeri ketika kaki kanan digerakan sudah berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis saat nyeri pada kaki sebelah kanannya diangkat 2. Pasien masih tampak gelisah sudah berkurang 3. Pasien sudah diberikan obat injeksi katerolac 30 mg
---	--	--	--

			<p>A:</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan pasien Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dalam terapi mural)</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital pasien 2. Mengevaluasi hemoglobin pasien 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya terasa lemah sudah membaik 2. Pasien sudah tidak merasakan pusing lagi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat sudah membaik 2. CRT <2 detik 3. Hemoglobin pasien 10,7 g/dL <p>A:</p> <p>Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan memonitor hemoglobin pasien</p>
	Gangguan	1. Memonitor tanda-	S:

	<p>mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas strutur tulang</p>	<p>tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan pasien 3. Mengevaluasi mobilitas dini (menggerakan jari-jari pasien) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kaki sebelah kanannya sudah bisa untuk digerakkan 2. Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan sudah membaik 3. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan terasa berat untuk digerakan sudah membaik 4. Pasien mengatakan untuk aktivitas masih dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak berbaring ditempat tidurnya 2. Gerakan pasien masih tampak terbatas 3. Pasien sudah bisa untuk menggerakan jari-jari dan menggerakan secara perlahan pergelangan kakinya <p>A:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>
--	---	---	---

			<p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan dukungan mobilisasi :mobilisasi sederhana denganmenggerakkan jari kaki dan ujung kaki</p>
<p>Selasa / 15 April 2025</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri 2. mengevaluasi respon pasien saat terjadinya nyeri 3. Membantu mengurangi nyeri dengan memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas 4. dalam dan terapi murotal 5. Memodifikasi pasien istirahat dengan cukup dan memonitor tanda-tanda vital pasien 6. Memberikan obat katerolac 3x1 30 mg 7. Mengevaluasi perasaan pasien setelah diberikan 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada post operasi pada kaki kanan sudah mulai berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya masih berdenyut-denyut <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Pasien tampak gelisahnyah udah mulai berkurang dengan skala nyeri 2 3. Obat inj. Katerolak 3x1 30mg dan inj. Ranitidine 2x1 25mg 4. Tanda-tanda vital TD: 120/75mmHg N : 78x/menit RR : 20x/menit S : 36,6 °C <p>A :</p>

		obat dan diajarkan Teknik relaksasi (Teknik nafas dalam dan terapi mural)	Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan dirumah
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan pasien 3. Mengevaluasi mobilitas dini (menggerakan jari-jari pasien) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya sudah membaik 2. Pasien sudah tidak meraskan pusing lagi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah tampak tidak pucat 2. CRT <2 detik 3. Hemoglobin pasien 10,7 g/dL <p>A:</p> <p>Masalah perfusi perifer tidak efektif sudah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi memonitor hemoglobin pasien dihentikan</p>
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Melibatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan pergerakan pasien 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakn sudah bisa menggerakan kakinya 2. Pasien mengatkan aktivitasnya masih dibantu oleh perawat dan keluarganya

		<p>3. Mengevaluasi mobilitas dini (menggerakan jari-jari pasien)</p>	<p>3. Pasien mengatkan kaki sebelah kanannya sudah bisa digerakan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah tampak bisa duduk 2. Pasien tampak sudah bisa menggerakan kaki kanan 3. Gerakan pasien sudah mulai tidak terbatas 4. Pasien pulang dengan posisi duduk <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan di rumah</p>
--	--	--	---

Copyright Clearance Center, Inc. www.copyright.com. For those organizations that have been granted a photocopy licence by CCC, a separate system of payment has been arranged. The fee code for users of the Transactional Reporting Service is 0007-1226/02 \$12.00. This article may also be reproduced in print and electronic forms without written permission of CCC.



PT. KARYA BANGUN KAWAN
Berbentuk Perseroan Terbatas (Perseroan)

Jl. ...
No. ...
Kota ...

SURAT KUINGKARAN
Nomor: DP/81.01/D/2025.1.141.272/2025

Yth,
Dit,
Lampiran,
Hal,
Tanggal,
Manajer Perawatan
Ks. Insidensi Rawat Inap
-
Sarat Katering dan Diklat Perawatan
8 Juli 2025

Selamat siang dengan hormat, sebagai perwakilan kami,
DP/81.01/D/2025.1.141.272/2025 pada tanggal 05 Maret 2025 pernah kami melakukan pertemuan

Sekarang dengan hal tersebut, maka kami kirimkan Sarat Katering dan Diklat Perawatan

Nama : Erika Indahsari
NIM : 222190019
Instansi : G. H. R. P. S. S. S.
Jabatan : Asisten Koordinator Peta Peta dengan Fraktur Peta di
Ruang Rawat Inap Rawat Inap RSUD Dr. R. Djiwandu Peta
Dan tanggal : 05 April 2025 dan 15 April 2025

Maka perkenalan dan kerja sama kami di sampaikan ke terakir ini

Insidensi Rawat Inap
Karya Unlimited

Dr. Erika Indahsari, SpA/RS-PP/RS/RS/RS
Np. 197308221900042001

Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

The screenshot displays a Turnitin Originality Report for a document titled "KONSEP DASAR KIMIA". The report indicates an overall similarity of 7%. The breakdown of similarity is as follows:

- Overall Similarity: 7%
- Matched Text: 208 Pages
- Uniqueness: 93%
- Similarity: 7%
- Uniqueness: 93%

The report also lists the sources of the matched text:

- 1. Google Scholar

Below the similarity breakdown, there is a section for "Top Sources" with the following entries:

- 1. Google Scholar
- 2. Google Scholar
- 3. Google Scholar

At the bottom of the report, there is a section for "Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)" with a link to "View Report".

On the right side of the report, there is a blue box with the following text:

Turnitin is a web-based plagiarism detection service that compares your work against a database of billions of documents. It is used by millions of students and educators to ensure the integrity of their work.

Below the blue box, there is a yellow box with the following text:

Turnitin is a web-based plagiarism detection service that compares your work against a database of billions of documents. It is used by millions of students and educators to ensure the integrity of their work.