

**NYERI AKUT (POST OPERASI FRAKTUR FEMUR SUBTROCHANTER
SINISTRA) PADA TN. M DI RUANG TRIBRATA RS BHAYANGKARA
ANTON SOEDJARWO PONTIANAK**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**OLEH :
MITHA SYARAH
NIM SRP21318072**

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH
PONTIANAK
2021/2022**

**NYERI AKUT (POST OPERASI FRAKTUR FEMUR SUBTROCHANTER
SINISTRA) PADA TN. M DI RUANG TRIBRATA RS BHAYANGKARA
ANTON SOEDJARWO PONTIANAK**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**OLEH :
MITHA SYARAH
NIM SRP21318072**

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH
PONTIANAK
2021/2022**

HALAMAN PERSETUJUAN
SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR

Judul Karya Ilmiah Akhir : Nyeri Akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter
Sinistra) Pada Tn.M di Ruang Tribrata RS Bhayangkara
Anton Soedjarwo Pontianak

Nama : Mitha Syarah

NIM : SRP21318072

Program Studi : Profesi Studi Ners Keperawatan Kelas Reguler A

Menyetujui,

Pembimbing

Tutur Kardiatus, M.Kep

NIDN : 1103088202

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**

Oleh:

MITHA SYARAH
SRP21318072

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir,
Program Studi Ners Kelas Reguler A

Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak

Tanggal : 12 Juli 2022

Disetujui,

Pembimbing

Penguji

Tutur Kardiatus, M.Kep

NIDN : 1103088202

Ns. Dinarwulan Puspita, M.Kep

NIDN : 1110078301

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ners

Ns. Indah Dwi Rahayu, M. Kep
NIDN : 1124058601

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul: “Nyeri Akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra) Pada Tn. M di Ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak” beserta isinya adalah benar-benar karya saya sendiri. Adapun kutipan atau saduran hanya sebatas referensi semata dan apabila dikemudian hari karya ilmiah akhir yang saya buat ini terbukti meniru atau menjiplak karya orang lain, saya bersedia mendapat sanksi akademis maupun sanksi hukum dari lembaga yang berwenang.

Pontianak, Juli 2022

Hormat Saya,

MITHA SYARAH

NIM:SRP21318072

STIK MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN

Karya Ilmiah Akhir, Juli 2022

MITHA SYARAH

**NYERI AKUT (POST OPERASI FRAKTUR FEMUR SUBTROCHANTER
SINISTRA) PADA TN. M DI RUANG TRIBRATA RS BHAYANGKARA
ANTON SOEDJARWO PONTIANAK**

ABSTRAK

Latar Belakang: Pada tahun 2011 fraktur dengan prevalensi yang paling tinggi adalah fraktur ekstremitas bagian bawah 46,2%. Kasus fraktur pada ekstremitas bawah dengan jumlah 45.987 yang diakibatkan oleh kecelakaan. Kasus fraktur femur memiliki urutan paling terbanyak nomor satu dengan jumlah 19.629. Fraktur femur subtrochanter yaitu hilangnya suatu kontinuitas tulang subtrochanter pada bagian femur. Tulang subtrochanter femur merupakan fraktur dengan garis patahnya berada di 5 cm distal dari trochanter minor.

Tujuan: Untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan gangguan nyeri akut pada Tn. M dengan post operasi fraktur femur subtrochanter sinistra di RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak.

Metode: Metode penyelesaian masalah pada karya ilmiah ini adalah menggunakan strategi pelaksanaan pengkajian, diagnosa asuhan keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil: Berdasarkan data subjektif dan objektif penulis mendapatkan masalah keperawatan utama nyeri akut, kemudian penulis melakukan intervensi serta implementasi, dan setelah itu penulis melakukan evaluasi masalah keperawatan pada Tn. M masalah teratasi sebagian.

Kesimpulan: Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M penulis dapat mengetahui faktor pendukung dan faktor penghambat yang dirasakan. Faktor pendukung yang dirasakan oleh penulis adalah sikap pasien dan keluarga yang sangat kooperatif dalam memberikan informasi, sedangkan faktor penghambat yaitu terbatasnya waktu yang diberikan untuk melakukan proses keperawatan

Kata Kunci: Fraktur Femur, Nyeri Akut

**STIK MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN**

Karya Ilmiah Akhir, Juli 2022

MITHA SYARAH

**ACUTE PAIN (POST OPERATION OF SINISTRA SUBTROCHANTER
FEMUR FRACTURE) IN TN. M IN TRIBRATA ROOM BHAYANGKARA
ANTON SOEDJARWO PONTIANAK HOSPITAL**

ABSTRACT

Background: In 2011 the fracture with the highest prevalence was lower extremity fracture 46.2%. Cases of fractures in the lower extremities with a total of 45,987 caused by accidents. Cases of femoral fractures have the most number one sequence with a total of 19,629. A subtrochanteric femur fracture is a loss of continuity of the subtrochanteric bone in the femur. The subtrochanter of the femur is a fracture with the fracture line 5 cm distal to the lesser trochanter.

Objective: To provide an overview of nursing care for acute pain disorders in Mr. M with postoperative left subtrochanteric femur fracture at Bhayangkara Anton Soedjarwo Hospital Pontianak

Method: The method of solving the problem in this scientific work is to use the strategy of implementing the assessment, nursing care diagnoses, interventions, implementation and evaluation of nursing.

Result: Based on subjective and objective data, the writer got the main nursing problem of acute pain, then the writer intervened and implemented it, and after that the writer evaluated the nursing problem in Mr. M problem is partially resolved.

Conclusion: During nursing care to Mr. M the author can determine the perceived supporting factors and inhibiting factors. The supporting factor felt by the author is the attitude of the patient and family who are very cooperative in providing information, while the inhibiting factor is the limited time given to carry out the nursing process.

Keywords: Femur Fracture, Acute Pain

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah segala Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya dalam memberikan segala nikmat keselamatan maupun kesehatan, sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari kegelapan, kebodohan dan ketertinggalan menuju terang benderang dan kebaikan serta kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul “Nyeri Akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra) Pada Tn. M Di Ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak”. Selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Haryanto, S.Kep, Ns, MSN, Ph. D selaku Ketua STIK Muhammadiyah Pontianak.
2. Ns. Indah Dwi Rahayu, M. Kep selaku Ketua Program Studi Ners STIK Muhammadiyah Pontianak.
3. Ns. Tuter Kardiatus, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, petunjuk dan saran kepada penulis.
4. Ns. Dinarwulan Puspita, M. Kep selaku dosen penguji yang telah menguji dan memberikan masukan untuk karya ilmiah akhir menjadi lebih baik.
5. Kedua orang tua yang sangat saya sayangi dan cintai yaitu ibu Nurhakimi yang selalu sabar membantu, memberi semangat dan nasehat kepada saya dan selalu meluangkan waktu disaat saya membutuhkannya dikala kesulitan. Serta berterimakasih kepada Pak Sofian yaitu ayahanda tercinta yang selalu menghibur, memberikan motivasi jadi lebih baik, selalu memberikan canda tawa, orang yang sangat santai dalam menyelesaikan masalah sehingga

membuat saya lebih merasa tidak terbebani saat kesulitan dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir.

6. Terimakasih kepada teman dekat saya yang selalu ada saat susah maupun senang, selalu ada waktu untuk menyemangati dan menghibur saya selama mengerjakan Karya Ilmiah Akhir serta teman satu bimbingan yang selalu memberikan nasehat kepada saya dan bertukar pendapat saat mengerjakan, sampai akhirnya menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Pihak RS Bhayangkara dan para perawat ruangan.
8. Dosen dan seluruh staf STIK Muhammadiyah Pontianak yang telah banyak membantu baik dalam bentuk ilmu yang diberikan maupun hal lainnya.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan baik isi dan susunannya. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan dan kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir. Penulis harap Hasil karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna sebagai sumber informasi bagi para pembaca terutama mahasiswa/i STIK Muhammadiyah Pontianak sebagai literatur bacaan.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Pontianak, Juli 2022

Penulis

MITHA SYARAH

SRP21318072

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Sistematika Penulisan.....	3
BAB II	4
LANDASAN TEORI	4
A. Konsep Teori Masalah Keperawatan Utama	4
1. Nyeri	4
2. Etiologi.....	5
3. Tanda dan Gejala	5
B. Konsep Teori Fraktur	5
1. Pengertian Fraktur	5
2. Etiologi.....	6
3. Klasifikasi	8
4. Patofisiologi	10
5. Pathway Klinis	12
6. Manifestasi Klinis	13
7. Komplikasi	14
8. Penyembuhan Tulang	16
9. Pemeriksaan Penunjang	17
10. Penatalaksanaan.....	18
C. Data Fokus Pengkajian.....	21
1. <i>Head To Toe / Per Sistem</i>	21

2.	Pengkajian Tambahan.....	24
D.	Diagnosa Keperawatan.....	25
E.	Rencana Tindakan Keperawatan.....	26
F.	Implementasi Keperawatan.....	31
G.	Evaluasi Keperawatan	31
BAB III.....		32
ASUHAN KEPERAWATAN		32
A.	Pengkajian.....	32
1.	Identitas Pasien.....	32
2.	Riwayat Penyakit Sekarang.....	32
3.	Riwayat Penyakit Dahulu.....	33
4.	Riwayat Keluarga	34
5.	Riwayat Lingkungan.....	35
6.	Riwayat Psikososial	35
7.	Pemeriksaan Fisik.....	35
8.	Data Penunjang.....	38
9.	Analisa Data	39
B.	Diagnosis Keperawatan dan Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan.....	41
C.	Implentasi dan Evaluasi Keperawatan	43
BAB IV.....		49
PEMBAHASAN		49
A.	Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan	49
1.	Pengkajian.....	49
2.	Diagnosis Keperawatan	51
3.	Rencana Tindakan Keperawatan	53
4.	Implementasi Keperawatan.....	54
5.	Evaluasi Keperawatan.....	55
B.	Pembahasan Proses Praktik Profesi Dalam Pencapaian Target.....	56
BAB V.....		57
KESIMPULAN DAN SARAN.....		57
A.	Kesimpulan.....	57
B.	Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA.....		59
DAFTAR RIWAYAT HIDUP		61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi	26
Tabel 3.1 Hasil Laboratorium	38

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bentuk Patah Tulang	8
Gambar 2.2 Tulang Femur	11
Gambar 2.3 Pathway Fraktur	12
Gambar 2.4 Penyembuhan Tulang Secara Normal	16
Gambar 3.1 Genogram	34

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan terputusnya suatu kontinuitas tulang, retaknya jaringan atau patahnya tulang yang utuh, biasanya disebabkan oleh trauma atau rudapaksa dari tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman & Ningsih, 2012). Fraktur femur adalah diskontinuitas dari femoral shaft yang biasa terjadi akibat trauma secara langsung karena kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian dan biasanya lebih banyak dialami laki-laki dewasa (Desiartama, 2017 dalam Irawan, Setyawan & Sari, 2018). Salah satu kejadian fraktur ekstremitas bawah adalah fraktur femur subtrochanter. Fraktur femur subtrochanter yaitu hilangnya kontinuitas tulang subtrochanter pada femur. Tulang subtrochanter femur merupakan fraktur dengan garis patahnya berada di 5 cm distal dari trochanter minor (Bharata, 2013 ; Irawan, Setyawan & Sari, 2018).

Kejadian fraktur di dunia meningkat setiap tahunnya terbukti oleh badan keselamatan (WHO) tercatat ada 13 juta orang mengalami kecelakaan pada tahun 2012, dengan persentase 2,7% terjadi fraktur. Pada tahun 2013 dengan presentase 4,2%. Pada tahun 2014 kejadian fraktur meningkat menjadi 21 juta sehingga menjadi 7,5%. Sedangkan pada tahun 2016 terdapat 8 juta orang meninggal akibat mengalami fraktur femur. Menurut (DepKes RI), bahwa hampir 8 juta orang mengalami fraktur yang berbeda. Pada tahun 2011 fraktur dengan prevalensi yang paling tinggi adalah fraktur ekstremitas bagian bawah 46,2%. Kasus fraktur pada ekstremitas bawah dengan jumlah 45.987 yang diakibatkan oleh kecelakaan. Kasus fraktur femur memiliki urutan paling terbanyak nomor satu dengan jumlah 19.629. Proporsi cedera yang mengakibatkan kegiatan sehari-hari terganggu menurut Kabupaten/ Kota, Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2018 yaitu berjumlah 28.343 kasus dan kasus fraktur sebanyak 4,03% dengan persentase pada ekstremitas bawah sebanyak 69,46% (Risksedas, 2018).

Fraktur disebabkan oleh trauma tunggal karena diberikan kekuatan yang berlebih dan secara tiba tiba seperti benturan, plintiran, dan penarikan. Selain itu trauma tunggal juga menyebabkan jaringan lunak yang menjadi rusak (Zairi dkk, 2012). Penanganan medis yang biasa diberikan untuk menangani fraktur subtrochanter femur ini yaitu dapat dilakukan dengan metode konservatif atau non operatif dan metode operatif. Metode konservatif/ non operatif adalah penanganan fraktur berupa reduksi atau reposisi tertutup. Metode operatif adalah penanganan fraktur berupa reduksi terbuka yaitu membuka daerah yang mengalami fraktur dan memasang fiksasi internal maupun eksternal. Cedera muskuloskeletal merupakan alasan paling umum terjadi untuk prosedur operasi pada pasien terluka parah dan merupakan penentu utama dari hasil fungsional (Balogh, 2012).

Pada pasien fraktur, masalah utama yang sering ditemukan adalah nyeri akut. Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan dari pengalaman personal dan subjektivitas seseorang salah satunya adalah kerusakan jaringan yang berkaitan dengan tanda peringatan (Alimul, 2012 dalam Butu, 2018). Menurut Esteve, 2017 dalam Butu, 2018) menyatakan bahwa nyeri seringkali mengganggu aktivitas pasien serta mengubah cara pasien dalam beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari. Dalam dunia keperawatan ada manajemen nyeri yang memiliki dua tindakan yaitu non-farmakologi dan farmakologi, berguna untuk menghilangkan nyeri sedikit demi sedikit (Pratintya, 2014 ; Butu, 2018).

Pengurangan nyeri dengan cara farmakologi adanya pemberian analgesik dengan dosis tertentu. Sedangkan pada terapi non farmakologi terdapat terapi distraksi relaksasi. Distraksi merupakan menenangkan diri dengan mengalihkan perhatian seperti menonton televisi, mendengarkan musik, dan sebagainya. Relaksasi merupakan melemaskan otot otot pada tubuh sehingga reseptor nyeri menjadi lentur dan berkurang, dengan cara melakukan tarik nafas dalam dengan teknik yang tepat secara berulang diyakini efektif dalam menangani nyeri pada pasien fraktur. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Nyeri akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra) pada Tn. M di ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan umum penulisan dalam laporan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan gangguan nyeri akut pada Tn. M dengan post operasi fraktur femur subtrochanter sinistra di RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi gambaran asuhan keperawatan gangguan nyeri akut post operasi fraktur femur subtrochanter sinistra di ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak.
- b. Teridentifikasi kesenjangan dan implikasi dalam pelayanan kesehatan

C. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir ini terdiri dari 5 bab yaitu pada BAB I pendahuluan, terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan dan sistematika penulisan. BAB II adalah landasan teori hasil penelusuran literatur atau studi keputusan mengenai masalah. BAB III adalah asuhan keperawatan yang menjelaskan tentang kasus dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi. BAB IV berisi tentang pembahasan yang membandingkan antara teori dan kasus pada BAB V terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Teori Masalah Keperawatan Utama

1. Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang tidak menyenangkan berhubungan dengan pancaindera dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial. (*International Association for the Study of Pain* (Potter Perry, 2009 dalam Butu, 2018) Nyeri sendiri yaitu respon alami dari seseorang secara subjektif terhadap tekanan fisik ataupun patologis yang dialaminya

Andarmayo (2013) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan cara mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat berlangsung sekitar kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Nyeri akut juga dapat dikatakan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari tiga bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, sekitar lebih dari 3 bulan dan seringkali tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik (PPNI, 2017).

2. Etiologi

Etiologi atau penyebab dari nyeri akut antara lain agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala nyeri akut menurut SDKI (PPNI, 2017) adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

B. Konsep Teori Fraktur

1. Pengertian Fraktur

Fraktur merupakan hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun potensial. Secara umum fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau adanya tenaga fisik. Kekuatan fisik pada keadaan tulang itu sendiri, serta jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap. (Zairin, 2016 dalam Nisa, 2020). Fraktur lengkap terjadi jika seluruh tulang mengalami patah, sedangkan pada fraktur tidak lengkap tidak melibatkan seluruh ketebalan pada tulang. Pada beberapa keadaan trauma muskuloskeletal, fraktur dan dislokasi seringkali terjadi bersamaan. Hal ini terjadi karena berkesinambungan antara tulang dan sendi, apabila disamping

kehilangan hubungan yang normal antara kedua permukaan tulang disertai pula fraktur persendian tersebut (Zairin, 2016 ; Nisa, 2020).

Fraktur femur merupakan kondisi dimana terjadi patah tulang pada bagian paha yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak seperti pada otot , kulit , jaringan saraf , dan pembuluh darah . Fraktur femur apabila sampai terjadi hubungan langsung antara tulang dengan udara luar kondisi ini secara umum akan mengalami trauma langsung pada bagian paha dan darah arteri mengalir di tulang paha sehingga mengalami cedera pada arteri femoralis berdampak pendarahan hebat , kondisi fraktur femur juga bisa menghambat dalam melakukan pergerakan, sebagian besar terjadi saat mengalami kecelakaan saat kerja atau dijalan.

2. Etiologi

a. Etiologi fraktur

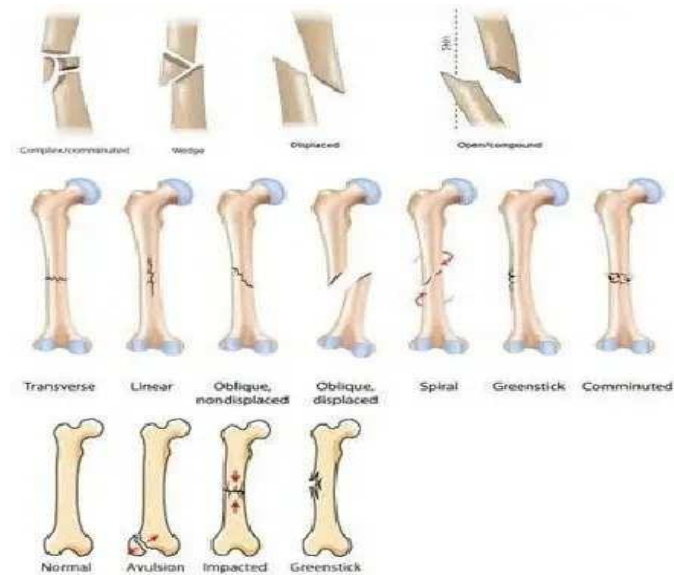
Untuk mengetahui bagaimana tulang mengalami fraktur, pemeriksa perlu mengenal anatomi dan fisiologi tulang sehingga mampu mengenal keadaan fisik tulang dan keadaan trauma yang dapat menyebabkan tulang patah. Pada beberapa keadaan, rata-rata proses fraktur terjadi karena kegagalan tulang menahan tekanan terutama tekanan membengkok, memutar, dan tarikan. Trauma muskuloskeletal yang bisa menjadi fraktur dapat dibagi menjadi trauma langsung dan tidak langsung (Zairin, 2016 ; Nisa, 2020).

- 1) Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang dan terjadi pada daerah tekanan tersebut. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat kuminutif (tulang pecah menjadi 3 bagian dan tidak lagi sejajar) dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan (Zairin, 2016 ; Nisa, 2020).
- 2) Trauma tidak langsung merupakan suatu kondisi trauma yang hantarnya lebih jauh dari daerah fraktur. Misalnya, seseorang yang jatuh dengan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini biasanya jaringan lunak tetap utuh (Zairin, 2016 dalam Nisa, 2020). Fraktur juga bisa terjadi akibat adanya tekanan

yang berlebih dibandingkan kemampuan tulang dalam menahan tekanan. Tekanan yang terjadi pada tulang dapat berupa hal-hal berikut:

- a) Tekanan berputar yang menyebabkan fraktur bersifat spiral atau oblik.
 - b) Tekanan membengkok yang menyebabkan fraktur transversal.
 - c) Tekanan sepanjang aksis tulang yang dapat menyebabkan fraktur impaksi, dislokasi, atau fraktur dislokasi.
 - d) Kompresi vertikal dapat menyebabkan fraktur kominutif atau memecah, misalnya pada badan vertebra, talus, atau fraktur buckle pada anak-anak.
 - e) Fraktur remuk (*brust fracture*).
 - f) Trauma karena tarikan pada ligamen atau tendon akan menarik sebagian tulang (Zairin, 2016 ; Nisa, 2020).
- b. Etiologi fraktur femur secara umum sebagai berikut :
- 1) Fraktur terjadi karena tekanan yang menimpa tulang lebih besar daripada daya tahan tulang akibat trauma.
 - 2) Terjadi karena Fraktur stress atau fatigue (tekanan berulang), fraktur *fatigue* akibat dari penggunaan tulang yang terlalu berlebihan. Mengabsorpsi energi bisa juga terjadi karena kelemahan tulang dan tekanan berlebihan atau trauma langsung pada tulang yang menyebabkan suatu retakan sehingga dapat mengakibatkan kerusakan pada otot dan Jaringan. Dari kerusakan otot dan jaringan akan menyebabkan perdarahan dan edema. Lokasi retak mungkin hanya retakan pada tulang, tanpa memindahkan tulang. Fraktur yang tidak terjadi disepanjang tulang dianggap sebagai fraktur yang tidak sempurna sedangkan fraktur yang terjadi pada semua tulang yang patah dikenal sebagai fraktur lengkap .

3. Klasifikasi



Gambar 2.1 Bentuk patah tulang

Sumber : Nisa (2020) dalam Zairin (2016)

a. Klasifikasi berdasarkan bentuk patahan tulang:

- 1) Transversal; adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang atau bentuknya melintang dari sisi tulang. Fraktur seperti ini biasanya mudah dikontrol dengan tulang pembidaian gips.
- 2) Spiral; adalah garis fraktur meluas yang mengelilingi tulang yang timbul akibat torsi ekstremitas. Fraktur jenis ini hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak.
- 3) Oblik; adalah garis fraktur yang memiliki patahan arahnya miring. Garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang.
- 4) Segmental; adalah dua garis fraktur berdekatan pada satu tulang, ada segmen tulang yang retak dan ada yang terlepas, menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darah.
- 5) Kominuta; adalah fraktur yang mencakup beberapa fragmen, atau terputusnya keutuhan jaringan dengan lebih dari dua fragmen tulang.
- 6) *Greenstick* adalah garis fraktur tidak sempurna atau garis patahnya tidak lengkap dimana korteks tulang sebagian masih utuh demikian juga periosteum. Fraktur jenis ini sering terjadi pada anak - anak.

7) Fraktur impaksi; Adalah garis fraktur yang terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada diantaranya, seperti pada satu vertebra dengan dua vertebra lainnya. (Lateef, 2012).

b. Klasifikasi fraktur femur berdasarkan jenisnya sebagai berikut :

1) Fraktur collum femur yaitu disebabkan oleh trauma langsung pada penderitanya saat jatuh dengan posisi miring disertai dengan benturan benda keras.

2) Fraktur subtrochanter femur

Fraktur subtrochanter merupakan fraktur yang terjadi antara trochanter minor dan di dekat sepertiga proksimal corpus femur. Fraktur dapat meluas ke proksimal sampai daerah intertrochanter. Fraktur ini biasa disebabkan oleh trauma berskala tinggi pada pasien muda atau perluasan fraktur intertrochanter kearah distal pada pasien manula (Hoppenfeld dan Murthy, 2011). Fraktur ini terjadi karena trauma langsung dengan kecepatan yang sangat tinggi sehingga dapat terjadi Gaya *Axial* & Stress *Valgus* disertai dengan Gaya Rotasi dimana garis patahnya berada sekitar 5 cm pada distal. Fraktur subtrochanter biasanya terjadi pada orang usia muda disebabkan oleh trauma berkekuatan tinggi atau pada orang yang lanjut usia dengan *osteoporosis* atau penyakit-penyakit lain yang mengakibatkan kelemahan pada tulang (Obaidur, 2013 dalam Nisa, 2020). Fraktur jenis ini dibagi dalam beberapa klasifikasi, tetapi yang lebih sederhana dan mudah dipahami adalah klasifikasi *Fielding & Magliato*, yaitu sebagai berikut.

a) Tipe 1 : garis fraktur 1 level dengan trochanter minor.

b) Tipe 2 : garis patah berada 1-2 inci dibawah dari batas atas trochanter minor.

c) Tipe 3 : garis patah berada 2-3 inci distal dari batas atas trochanter minor.

3) Fraktur batang Femur terjadi karena Trauma Langsung akibat kecelakaan Lalu Lintas / Jatuh dari Ketinggian dan mengakibatkan patah pada bagian tersebut sehingga dapat mengakibatkan

pendarahan yang cukup banyak, sehingga penderitanya mengalami Syok. Fraktur batang Femur dibagi adanya Luka Tertutup & Luka Terbuka adapun terdapat hubungan antar tulang patah dan dibagi dalam tiga derajat sebagai berikut :

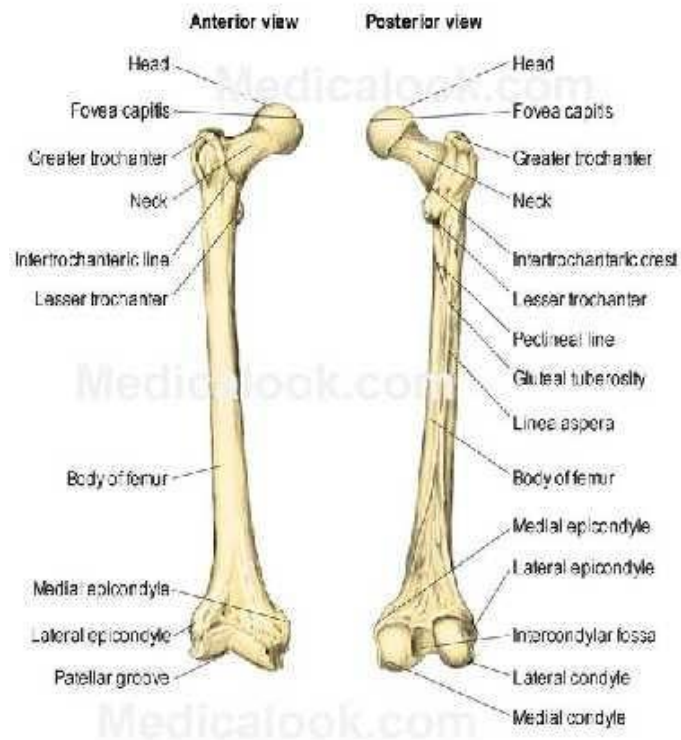
- a) Derajat 1 bila luka 1 cm, terdapat Kerusakan Jaringan Lunak sedikit tidak ada Luka / Tanda Remuk.
- b) Derajat 2 laserasi lebih dari 1 cm , terdapat luka jaringan lunak tapi tidak luas.
- c) Derajat 3 terjadi kerusakan pada Jaringan Lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot, dan neurovaskuler serta kontaminasi derajat tinggi .

4. Patofisiologi

Pada kondisi trauma, diperlukan gaya yang besar untuk mematahkan batang femur individu dewasa. Kebanyakan fraktur ini terjadi karena trauma langsung dan tidak langsung pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau jatuh dari ketinggian. Kondisi degenerasi tulang (osteoporosis) atau keganasan tulang paha yang menyebabkan fraktur patologis tanpa riwayat trauma, memadai untuk mematahkan tulang femur (Muttaqin, 2012).

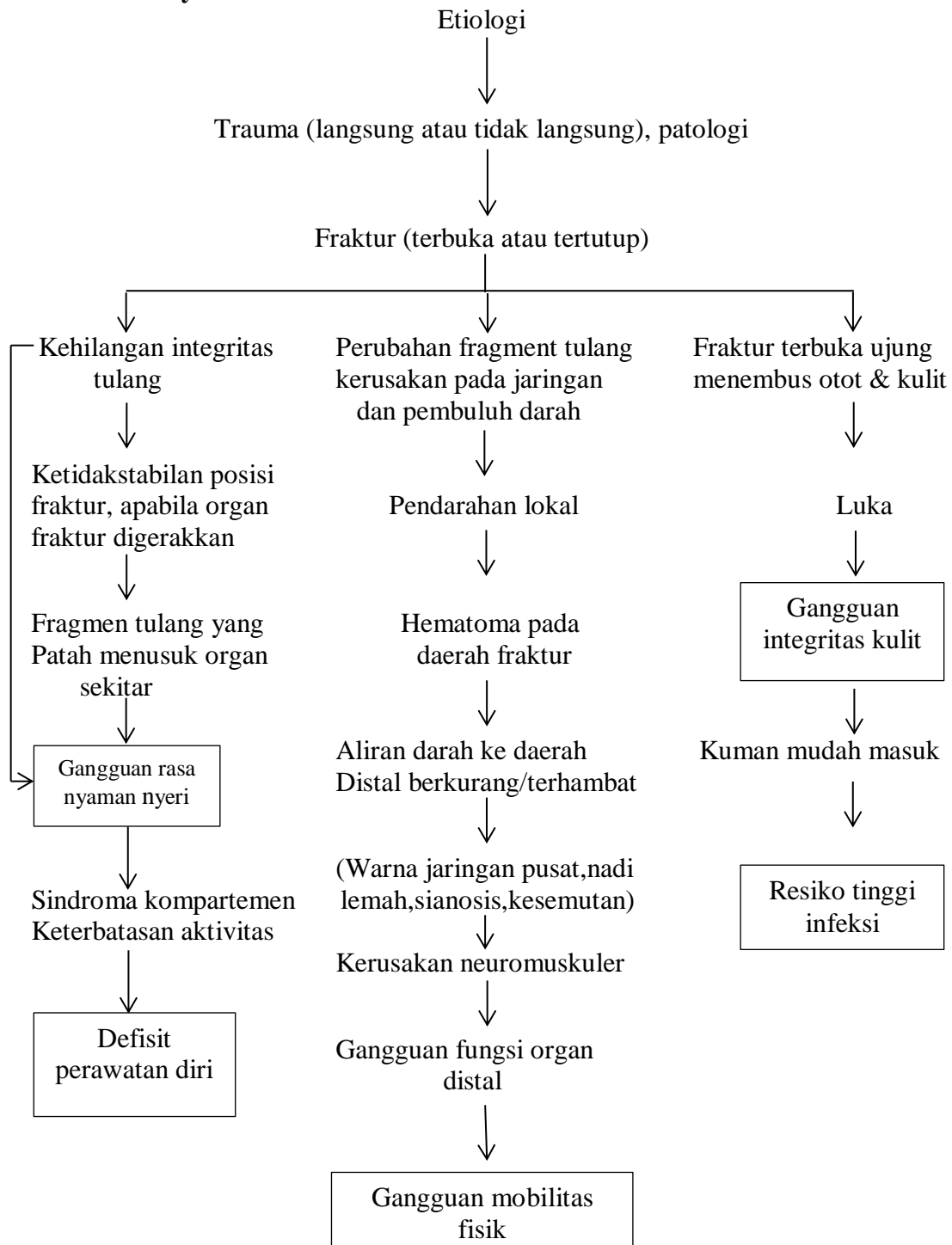
Kerusakan neurovaskular menimbulkan manifestasi peningkatan risiko syok, baik syok hipovolemik karena kehilangan darah banyak ke dalam jaringan maupun syok neurogenik karena nyeri yang sangat hebat yang dialami pasien. Respon terhadap pembengkakan yang hebat adalah indrom kompartemen. Sindrom kompartemen adalah suatu keadaan terjebaknya otot, pembuluh darah, jaringan saraf akibat pembengkakan lokal yang melebihi kemampuan suatu kompartemen/ruang lokal dengan manifestasi gejala yang khas, meliputi keluhan nyeri hebat pada area pembengkakan, penurunan perfusi perifer secara unilateral pada sisi distal pembengkakan, CRT (*capillary refill time*) lebih dari 3 detik pada sisi distal pembengkakan, penurunan denyut nadi pada sisi distal pembengkakan (Muttaqin, 2012).

Kerusakan fragmen tulang femur menyebabkan gangguan mobilitas fisik dan diikuti dengan spasme otot paha yang menimbulkan deformitas khas pada paha, yaitu pemendekan tungkai bawah. Apabila kondisi ini berlanjut tanpa dilakukan intervensi yang optimal akan menimbulkan risiko terjadinya malunion pada tulang femur (Muttaqin, 2012).



Gambar 2.2 Tulang femur
 Sumber : Irawan, Setyawan, & Sari (2018)

5. Pathway Klinis



Gambar 2.3 Pathway Fraktur

Sumber : Wijaya (2015)

6. Manifestasi Klinis

Black dan Hawks (2014) dalam Irawan, Setiawan & Sari (2018) Mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis pasien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain sebagai berikut :

- a. Deformitas adalah pembengkakan yang berasal dari perdarahan lokal yang menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur . Spasme otot dapat menyebabkan memendeknya tungkai dibandingkan sisi yang sehat , lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata .
- b. Pembengkakan adalah edema yang muncul sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi/ rembesan darah pada lokasi fraktur.
- c. Memar karena terjadi perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.
- d. Nyeri akan terjadi saat fraktur, intensitas dan keparahan nyeri akan berbeda pada masing masing pasien. Nyeri biasanya terus menerus meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini karean spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.
- e. Gerakan abnormal dan kreptasi karena adanya gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur.

Gejala pada fraktur femur subtrochanter :

- 1) Dapat terjadi pada usia berapa saja, tetapi kebanyakan terjadi pada usia lanjut dengan osteoporosis dan osteomalasia.
- 2) Kaki berada pada rotasi luar, bentuknya pendek, dan paha Kaki berada pada rotasi luar, bentuknya pendek, dan paha membengkak. membengkak.
- 3) Gerakan akan terasa sangat nyeri. Gerakan akan terasa sangat nyeri.
- 4) Ketidakmampuan dalam melakukan oergerakan paha dan panggul.

7. Komplikasi

Komplikasi fraktur terdiri atas komplikasi awal dan komplikasi lama (Zairin 2016 ; Nisa, 2020).

a. Komplikasi Awal

1) Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Hal ini biasanya terjadi pada fraktur. Pada beberapa kondisi tertentu, syok neurogenik sering terjadi pada fraktur femur karena rasa sakit yang hebat pada pasien.

2) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai oleh : tidak adanya nadi : CRT (*Capillary Refill Time*) menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar, serta dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergency pembedahan, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

3) Sindrom Kompartemen

Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi dimana terjadi terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut akibat suatu pembengkakan dari edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah.

4) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopaedic infeksi dimulai pada kulit (superfisial) dan masuk ke dalam. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin (OREF) atau plat.

5) Avaskular Nekrosis

Avaskular nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's Ischemia*.

6) Sindrom Emboli Lemak

Sindrom emboli lemak (*fat embolism syndrom-FES*) adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, tachypnea, dan demam.

b. Komplikasi Lama

1) *Delayed Union*

Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk sembuh atau tersambung dengan baik. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

2) *Non-union*





Disebut *non-union* apabila fraktur tidak sembuh dalam waktu antara 6-8bulan dan tidak terjadi konsolidasi sehingga terdapat *pseudoarthrosis* (sendi palsu). *Pseudoarthrosis* dapat terjadi tanpa infeksi tetapi dapat juga terjadi bersama infeksi yang disebut sebagai *infected pseudoarthrosis*.

3) *Mal-union*

Mal-union adalah keadaan dimana fraktur sembuh pada saatnya tetapi terdapat deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, atau menyilang misalnya pada fraktur radius-ulna.

8. Penyembuhan Tulang

Ketika seseorang mengalami cedera fragmen, tulang tidak hanya ditambal dengan jaringan parut, tetapi juga akan mengalami regenerasi secara bertahap. Adanya tahapan dalam penyembuhan tulang tersebut ada beberapa cara, yaitu: (Zairin, 2016 ; Nisa, 2020)

Fase 1 Inflamasi	Fase 2 Proliferasi sel	Fase 3 Pembentukan dan penulangan kalus (osifikasi)	Fase 4 Remodeling
			
<p>Segera setelah terjadi patah tulang, terbentuk bekuan darah dalam subperiosteum dan jaringan lunak. Fase ini merupakan neovaskularisasi dan awal pengaturan bekuan darah.</p>	<p>Organisasi hematoma, pembentukan benang fibrin dalam jendolan darah, membentuk jaringan untuk revaskularisasi, serta invasi fibroblas dan osteoblas.</p>	<p>Pembentukan kalus kartilago dan jaring-jaring tulang dekat tempat patah tulang.</p>	<p>Revitalisasi korteks di mana tulang mengalami pelurusan kembali.</p>

Gambar 2.4
Penyembuhan Tulang Secara Normal
 Sumber: Zairin (2016) dalam Nisa (2020)

a. Tahap Inflamasi

Pada tahap ini terjadi perdarahan pada jaringan yang cedera dan pembentukan hematoma pada lokasi yang mengalami fraktur. Ujung fragmen tulang mengalami devitalisasi karena terputusnya pasokan darah. Pada tahap inflamasi akan mengalami pembengkakan dan nyeri pada fraktur. Tahap inflamasi berlangsung beberapa hari dan hilang dengan berkurangnya pembengkakan nyeri.

b. Tahap Poliferasi Sel

Pada tahap ini sekitar lima hari, hematoma akan mengalami organisasi. Terbentuk benang-benang fibrin pada darah dan membentuk jaringan untuk revaskularisasi, serta invasi fibroblas dan osteoblas.

c. Tahap Pembentukan

Pembentukan kalus mulai mengalami penulangan dalam 2 sampai 3 minggu patah tulang melalui proses penulangan endokondrial. Mineral akan terus menerus ditimbun sampai tulang benar-benar bersatu dengan keras. Permukaan kalus tetap bersifat elektronegatif. Pada patah tulang panjang orang dewasa normal, penulangan memerlukan waktu tiga sampai empat bulan.

d. *Remodeling*

Tahap akhir perbaikan patah tulang yaitu meliputi pengambilan jaringan mati reorganisasi tulang baru ke susunan struktur sebelumnya. Remodeling memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun bergantung pada beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan, fungsi tulang, dan stres fungsional pada tulang (pada kasus yang melibatkan tulang kompak dan konselus).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Wahid (2013) dalam Antoni (2019) sebagai berikut:

- a. X-ray, menentukan lokasi/ luasnya fraktur.
- b. Scan tulang, memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan-jaringan yang lunak
- c. Arteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan pada vaskuler
- d. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin akan meningkat, menurun pada pendarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan. Profil koagulasi, perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati.
- e. Kreatinin yaitu trauma otot meningkatkan kreatinin untuk klirens ginjal.

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi latihan Kuncara (2011) dalam Pramaswary (2016) meliputi:

a. *Active Exercise*

Pasien akan diberikan instruksi untuk menggerakkan sendi secara penuh atau sebagian sesuai keinginan sendiri. Tujuan melakukan ruang gerak ini yaitu untuk menghindari kehilangan ruang gerak yang ada pada sendi. Latihan ini biasanya dilakukan pada saat fase awal penyembuhan tulang yang mengalami fraktur. Umpan balik sensorik langsung pada pasien dapat membantu mencegah gerakan yang dapat menimbulkan nyeri atau mempengaruhi stabilitas tempat terjadinya fraktur.

b. *Active Assisted* (gerak aktif dengan bantuan)

Di latihan ini, pasien akan dilatih untuk menggunakan ototnya sendiri untuk menggerakkan sendi sedangkan seorang instruktur atau seorang profesional yang melatih akan memberikan bantuan tambahan atau tambahan tenaga. Pada latihan ini biasanya dibutuhkan stabilitas pada tempat fraktur, misalnya pada pasien yang sudah melakukan penyembuhan tulang atau fiksasi fraktur.

c. *Resisted Exercise*

Pada latihan ini lebih kepada penguatan untuk meningkatkan kemampuan otot. Bertujuan untuk meningkatkan tegangan potensial yang dihasilkan oleh elemen kontraksi dan statis suatu unit otot-otot tendon.

d. *Hold Relax*

Hold rilex adalah suatu latihan yang menggunakan otot secara isometrik kelompok antagonis dan diikuti relaksasi otot tersebut. Indikasi untuk dilakukannya latihan hold rilex adalah pada pasien yang mengalami penurunan lingkup gerak sendi (LGS), pasien yang merasakan nyeri serta kontra indikasinya adalah pasien yang tidak dapat melakukan kontraksi isometrik.

Penatalaksanaan terapi *operatif* / pembedahan. Pembedahan adalah tindakan pengobatan invasif melalui sayatan untuk membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat, 2010). Pembedahan dilakukan berdasarkan tujuan, tingkat resiko dan teknik. Penyebab dilakukan pembedahan pada pasien fraktur yaitu untuk memperbaiki bagian tubuh yang rusak/ hancur. Pada pembedahan luka post operasi akan dilakukan pengecekan hari ke-3, jika dibuka < 3 hari dapat menyebabkan terganggunya luka akibat dari mikroorganisme yang masuk.

Pembedahan hampir sering dilakukan pada orang tua karena: (Wirawan, 2019).

- a. Perlu reduksi yang akurat dan stabil.
- b. Diperlukan mobilisasi yang cepat pada orang tua untuk mencegah komplikasi.

Jenis-jenis pembedahan:

- a. Pemasangan pin Pemasangan pin haruslah dengan akurasi yang baik karena pemasangan pin yang tidak akurat (percobaan pemasangan pin secara multiple atau di bawah trokanter) telah diasosiasi dengan fraktur femoral subtrokanter.
- b. Pemasangan plate dan screw / Open Reduction Internal Fixation (ORIF)
ORIF (Open Reduction Internal Fixation) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup, pen untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Brunner & Suddart, 2014). indikasi ORIF :
 - 1) Fraktur yang tidak bisa sembuh atau bahaya avasculair necrosis tinggi
 - 2) Fraktur yang tidak bisa direposisi tertutup
 - 3) Fraktur yang dapat direposisi tetapi sulit dipertahankan
 - 4) Fraktur yang berdasarkan pengalaman memberi hasil yang lebih baik dengan operasi.

Komplikasi :

- a. Komplikasi umum Pasien yang berusia tua sangat rentan untuk menderita komplikasi umum seperti thrombosis vena dalam, emboli paru, pneumonia dan ulkus dekubitus.
- b. Nekrosis avascular Nekrosis iskemik dari kaput femoris terjadi pada sekitar 30 kasus dengan fraktur pergeseran dan 10 persen pada fraktur tanpa pergeseran. Hampir tidak mungkin untuk mendiagnosisnya pada saat fraktur baru terjadi. Perubahan pada sinar-x mungkin tidak nampak hingga beberapa bulan bahkan tahun. Baik terjadi penyatuan tulang maupun tidak, kolaps dari kaput femoris akan menyebabkan nyeri dan kehilangan fungsi yang progresif.
- c. Non-union Lebih dari 30 persen kasus fraktur collum femur gagal menyatu, terutama pada fraktur dengan pergeseran. Penyebabnya ada banyak: asupan darah yang buruk, reduksi yang tidak sempurna, fiksasi tidak sempurna, dan penyembuhan yang lama.
- d. Osteoarthritis Nekrosis avaskular atau kolaps kaput femur akan berujung pada osteoarthritis pangkung. Jika terdapat kehilangan pergerakan sendi serta kerusakan yang meluas, maka diperlukan total joint replacement.

C. Data Fokus Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang terpenting dalam proses asuhan keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi dari data subjektif dan objektif dan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Herdman, 2015)

1. *Head To Toe / Per Sistem*

Pemeriksaan fisik merupakan proses medis yang dilakukan saat mendiagnosis penyakit. Hasilnya akan dicatat dalam rekam medis yang digunakan untuk menegakkan diagnosis dan merencanakan perawatan lanjutan. Pemeriksaan fisik akan dilakukan secara sistematis, mulai dari kepala hingga kaki (*head to toe*) yang dilakukan dengan empat cara yaitu (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi). Ruang lingkup pemeriksaan fisik ini akan terdiri dari pemeriksaan tanda vital (suhu, denyut nadi, kecepatan pernapasan, dan tekanan darah), pemeriksaan fisik *head to toe*, dan pemeriksaan fisik per sistem tubuh (sistem kardiovaskuler, pencernaan, muskuloskeletal, pernapasan, endokrin, integumen, neurologi, reproduksi, dan perkemihan).

a. Inspeksi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seseorang mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal. Inspeksi dilakukan secara langsung (seperti penglihatan, pendengaran, dan penciuman) dan tidak langsung (dengan alat bantu).

b. Auskultasi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh untuk membedakan suara normal dan abnormal menggunakan alat bantu yaitu stetoskop. Suara yang didengarkan berasal dari sistem kardiovaskuler, respirasi, dan gastrointestinal.

c. Perkusi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mengetuk bagian permukaan tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh lainnya (kiri/kanan) dengan menghasilkan suara, yang bertujuan untuk mengidentifikasi batas / lokasi dan konsistensi jaringan (Sartika, 2012).

d. Palpasi

Pemeriksaan dengan cara menyentuh atau merasakan dengan tangan palpasi dilakukan menggunakan telapak tangan, jari, dan ujung jari. Tujuannya untuk mengecek kelembutan, kekakuan, massa, suhu, posisi, ukuran, kecepatan, dan kualitas nadi perifer pada tubuh.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala dan muka

Pada pemeriksaan kepala umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Yang dapat dikaji yaitu kebersihan, penyebaran dan ketebalan rambut, bentuk kepala, adanya lesi, adanya edema, dan nyeri tekan.

2) Mata

Pada pemeriksaan mata umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, adanya strabismus dan nistagmus, adanya ptosis, warna konjungtiva apakah anemis atau tidak, warna sklera, dan reflek pupil.

3) Hidung

Pada pemeriksaan hidung umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan hidung dapat diamati posisi septum, rongga hidung (adanya lesi, perdarahan, secret, polip), dan ada tidaknya nyeri tekan.

4) Telinga

Pada pemeriksaan telinga umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Namun dapat dikaji kesimetrisan telinga kanan dan kiri, adanya lesi, adanya perdarahan, adanya serumen, dan adanya nyeri tekan pada telinga.

5) Mulut

Pada pemeriksaan mulut umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji ada tidaknya kelainan kongenital, bibir sumbing, warna bibir pucat, ada sianosis atau tidak, adanya lesi, kesimetrisan ovula, dan ada tidaknya pembengkakan tonsil.

6) Leher

Pada pemeriksaan leher umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dari pemeriksaan leher dapat dikaji mengenai kesimetrisan leher, adanya pembesaran kelenjar tiroid, adanya pembengkakan vena jugularis, dan adanya nyeri tekan.

7) Paru-paru

Dikaji bentuk dada, adanya retraksi intercosta, kesimetrisan dada saat inspirasi dan ekspirasi, adanya lesi, fokal fremitus antara dada kanan dan kiri, adanya nyeri tekan, perkusi paru umumnya sonor, dan auskultasi suara nafas adakah suara nafas tambahan.

8) Jantung

Dikaji adanya bayangan vena di dada, adanya kardiomegali, palpasi jantung normalnya berada di ICS 5 sepanjang 1 cm, perkusi jantung normalnya pekak, dan auskultasi jantung normalnya suara s1 dan s2 tunggal, tidak ada murmur.

9) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen umumnya pasien fraktur femur tidak mengalami gangguan. Dapat dikaji adanya lesi dan jaringan parut, adanya massa atau acites, auskultasi bising usus, perkusi abdomen normalnya timpani, palpasi adanya nyeri tekan.

10) Ekstremitas

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/ keterbatasan gerak tungkai, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dalam melakukan pergerakan. Adanya nyeri tekan (*tenderness*) dan krepitasi pada daerah paha.

2. Pengkajian Tambahan

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah lengkap
- 2) Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahapan penyembuhan tulang.
- 3) Alkalin fosfat meningkat pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastik dalam membentuk tulang.
- 4) Enzim otot seperti kreatinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5), aspartat Amino transferase (AST), Aldolase yang meningkat pada tahap penyembuhan tulang (Wahid, 2013).

b. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan yang penting adalah *imaging* menggunakan sinar rontgen (x-ray). Untuk mendapatkan gambaran 3 dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PAdan lateral.

c. Pemeriksaan lain-lain

- 1) Pemeriksaan mikroorganisme kultur test sensitivitas: agar didapatkan mikroorganisme penyebab infeksi.
- 2) Biopsi tulang dan otot: intinya pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan diatas tapi lebih di indikasikan bila terjadi infeksi.
- 3) *Elektromyografi*: terdapat kerusakan konduksi saraf yang dikibatkan faktor.
- 4) *Arthroscopy*: didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan.
- 5) *Indium imaging*: pada pemeriksaan ini didapatkan adanya infeksi pada tulang.
- 6) MRI: menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur (wahid, 2013).

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Mengacu pada tindakan pembedahan fraktur femur diagnosis keperawatan menurut SDKI yang biasanya muncul pada pasien sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

E. Rencana Tindakan Keperawatan

Tahap rencana tindakan keperawatan yaitu memberikan kesempatan kepada pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi penyakit yang dialami pasien.

Tabel 2.1 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. ekspresi wajah meringis menurun 3. kegelisahan menurun 4. frekuensi nadi membaik 5. tekanan darah membaik 6. nafsu makan membaik 7. pola tidur membaik.	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Iidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - monitor tanda-tanda vital sebelum mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif (D. 0142)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan infeksi (I. 14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
---	---	---

<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D. 0129)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastitas meningkat 2. kerusakan jaringan menurun 3. perdarahan menurun 4. kerusakan lapisan menurun 5. sensasi membaik 6. tekstur membaik 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
---	--	--

<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D. 0109)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I. 11348)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang teraupetik (mis. suasana hangat, rilks,privasi) - Siapkan keperluan pribadi - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---	---	--

F. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah di tetapkan, tahap pelaksanaan ini penulis berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan dan dikuatkan dengan teori yang ada, kemudian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis selalu mempertimbangkan kondisi kemampuan pasien serta dukungan dan fasilitas yang tersedia (Susilaningrum, 2013 ; Gustina, 2021).

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan., untuk tahap evaluasi ini pada prinsipnya antara teori dan kasus adalah sama yaitu menggunakan SOAP dalam melaksanakan evaluasi, adapun komponen SOAP untuk memudahkan perawat melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien. SOAP terdiri dari data subjektif adalah data-data yang ditemukan pada pasien secara subjektif atau ungkapan dari pasien setelah intervensi keperawatan. Sedangkan pada data objektif yaitu hal-hal yang ditemukan oleh perawat secara objektif atau melihat keadaan pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, dilanjutkan dengan *assessment/* penilaian yang telah dilakukan apakah masalah dapat teratasi atau tidak dan *Planning* rencana tindakan selanjutnya. Evaluasi juga sebagai alat komunikasi perawat untuk mengkomunikasikan status dan hasil akhir pasien. Memberikan informasi untuk memulai, meneruskan, memodifikasi atau menghentikan kegiatan tindakan keperawatan. Memberikan perbaikan terhadap rencana asuhan keperawatan melalui reassessment data dan reformulasi diagnosa (Susilaningrum, 2013 ; Gustina, 2021).

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Pada bab ini menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. M dengan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra) di ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo, Pontianak. Asuhan keperawatan ini mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 1 November sampai 3 November 2021.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien berinisial Tn. M berusia 61 Tahun, berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai petani, alamat pasien di Jalan Parit Hj.Hasan Jungkat. Saudara yang bisa di hubungi yaitu anak pasien berinisial Tn.R. Pasien datang pada tanggal 29 oktober 2021 dengan keluhan nyeri pada paha sebelah kiri karena jatuh dari pohon kelapa.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 01 November 2021, pasien mengeluh nyeri Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra dan mengalami kesulitan anggota gerak. Sebelum dibawa ke RS pasien di bawa ke pengobatan tradisional tetapi tidak mendapatkan hasil yang memuaskan.

P : Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra

Q : Seperti di tusuk-tusuk

R : Paha bagian kiri

S : Skala 8

T : Nyeri hilang timbul, nyeri sering dirasakan saat banyak bergerak

Lamanya : Rasa nyeri seringkali muncul saat beraktivitas
ataupun hanya menggerakkan tubuh

Gejala : Pasien tampak meringis

Tindakan pengobatan : - Infus RL 18 tpm

- Ceftrizoxime 1 gr

- Ketorolac 30 mg

Harapan Pasien terhadap pemberian keperawatan :

Diharapkan nyeri dapat berkurang, dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan baik dan tidak terjadi infeksi pada luka

3. Riwayat Penyakit Dahulu

a. Penyakit

1) Kecelakaan/ Hospitalisasi

Pasien mengatakan jatuh dari pohon tanggal 19 Oktober 2021

2) Operasi

Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra

3) Penyakit yang sering diderita

Sakit maag

b. Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi

c. Imunisasi

Pasien mengatakan telah melakukan imunisasi lengkap

d. Kebiasaan

Alkohol : Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol

Merokok : Pasien mengatakan tidak merokok

e. Pola Tidur

Sebelum sakit : Pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien biasanya tidur 6-8 jam/hari

Saat sakit : Pasien mengalami gangguan tidur saat mengalami nyeri pada paha bagian kiri, tapi pasien masih bisa tidur dengan 6-8 jam/ hari.

f. Pola latihan

Sebelum sakit : Pasien sehari-hari melakukan aktivitas bertani dan berkebun

Saat sakit : Aktivitas sehari-hari pada pasien mengalami gangguan terutama anggota gerak karena mengalami fraktur, mengakibatkan pasien perlu dibantu keluarga.

g. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Pasien makan 2-3 kali sehari dengan jenis makanan 4 sehat 5 sempurna (Karbohidrat, protein, vitamin dan mineral)

Saat sakit : Pasien makan 2-3 kali sehari dengan jenis makanan 4 sehat 5 sempurna (Karbohidrat, protein, vitamin dan mineral), pasien tidak mengalami perubahan nafsu makan

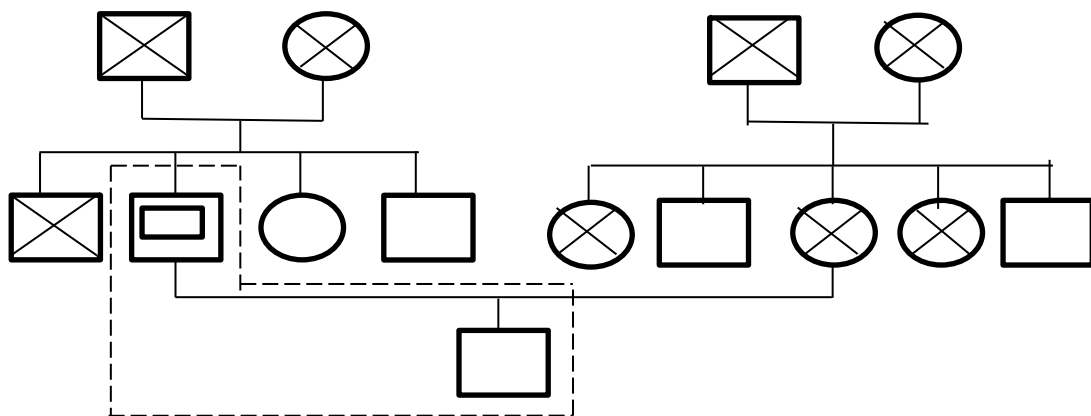
h. Pola Kerja

Sebelum sakit : Pasien sehari hari bekerja sebagai petani dan tidak ada gangguan

Saat sakit : Pasien tidak bekerja

4. Riwayat Keluarga

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya ada riwayat maag dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti DM, Hipertensi, Jantung dan yang lainnya.



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

▣ = Pasien

----- = Tinggal serumah

× = Meninggal

5. Riwayat Lingkungan

Pasien mengatakan rumah dan lingkungan di sekitar rumah mereka bersih dan rapi, rumah pasien berada di dalam gang, tidak jauh dari jalan raya dan dekat dengan sungai. Fasilitas kesehatan yang ada di daerah pasien hanya puskesmas sedangkan untuk ke RS harus ke Pontianak dan sangat jauh.

6. Riwayat Psikososial

- a. Bahasa yang digunakan : Indonesia dan daerah (Melayu)
- b. Organisasi masyarakat : Pasien tidak mengikuti organisasi masyarakat
- c. Sumber dukungan masyarakat : Tidak ada
- d. Suasana hati : Pasien tampak menerima keadaan
- e. Tingkat perkembangan : Tidak ada

7. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum

Kesadaran composmentis

TTV : - TD = 120/60 mmHg S = 36°C
 N = 60 ^x/menit RR= 20 ^x/menit

- b. Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, kebersihan baik, pertumbuhan rambut tidak merata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

- c. Mata

Inspeksi : Bola mata simetris, pergerakan bola mata normal, reflek pupil terhadap cahaya normal, konjungtiva tidak anemis

- d. Hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, penciuman baik, tidak ada peradangan dan polip

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan

- e. Telinga

Inspeksi : Bentuk simetris, pendengaran baik, kebersihan telinga baik, tidak ada serumen

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan

f. Mulut dan tenggorokkan

Inspeksi : Mukosa bibir kering, gigi sedikit kotor, tidak ada pembesaran tonsil, fungsi pengecapan baik, tidak ada stomatitis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan saat menelan

g. Leher

Inspeksi : Tidak ada benjolan/ massa, tidak ada distensi jugularis , reflek menelan baik dan tidak ada pembearan vena jugularis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

h. Kelenjar limfe

Inspeksi : Tidak ada pembesaran tiroid dan getah bening

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan

i. Paru-paru

Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan dinding dada simetris, regular

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, taktil fermitus teraba sama

Perkusi : Suara ketuk resonan/ sonor, tidak ada redup

Auskultasi : Suara nafas normal (*vesikuler*), bunyi irama nafas teratur, tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* dll.

j. Jantung

Inspeksi : Tidak ada Iktus cordis

Palpasi : Denyutan teraba, tidak terdapat massa

Perkusi : Suara ketuk *dullness* di ics 5 dan ics 6

Auskultasi : Suara s1 dan s2 tunggal (Lup dub), tidak ada murmur di s3 dan s4

k. Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada hernia, jejas dan lesi

Auskultasi : Bising usus 16 x/menit

Palpasi : Tidak terdapat adanya nyeri tekan, turgor kulit dan pembesaran hepar

Perkusi : Suara ketuk timpani

1. Ekstremitas

Tonus Otot

Kanan 5555	5555 Kiri
5555	2222

1) Ekstremitas atas

Tangan kanan dan kiri dapat digunakan dengan baik, akan tetapi tangan kanan sedikit terbatas pergerakannya karena terpasang infus

2) Ekstremitas bawah

Kaki kanan dapat digunakan dengan baik sedangkan kaki kiri mengalami kelemahan untuk mobilisasi fisik

Skala kekuatan otot (Kusuma dan Nurarif, 2014) :

0 = Kontraksi otot tidak terdeteksi

1 = Kejapan yang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi

2 = Pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi

3 = Pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan

4 = Pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan

5 = Pergerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot (kekuatan otot normal)

m. Kulit

Inspeksi : Kulit bersih, berwarna sawo matang, turgor kulit menurun karena faktor usia, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, akral terasa hangat

n. Genitalia/ Rectum

Bersih dan tidak mengalami gangguan

1) Eliminasi bowel

Pola BAB 1 x/ minggu, tidak ada pendarahan saat BAB

2) Eliminasi urine

BAK pasien memerlukan bantuan kateter urine

8. Data Penunjang

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium
30 Oktober 2021

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	7.35	$10^3/uL$	4 - 10
RBC	3.78	$10^6/uL$	4 – 5.5
HGB	10.7	g/dl	12 - 16
HCT	31.5	%	40 -54
MCV	83.5	FL	80 – 100
MCH	28.4	Pg	27 – 34
RDW-CV	13.6	%	11 – 16
RDW-SD	40.3	FL	35 – 56
PLT	337	$10^3/uL$	150 – 300
MPV	6.3	FL	6.5 – 12
PDW	14.9		9 - 17
PCT	0.214	%	0.108 – 0.282

Rontgen : Hasil rontgen pada tanggal 30 Oktober 2021 terdapat Fraktur
Femur Subtrochanter Sinistra

9. Analisa Data

No	Data (Tanda dan gejala)	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada paha sebelah kiri - Pasien mengatakan merasa terganggu karena nyeri <p>P = Post op Fr.Femur subtrochanter</p> <p>Q = Seperti ditusuk tusuk</p> <p>R = Paha kiri</p> <p>S = Skala nyeri 8</p> <p>T = Hilang timbul dan tidak menyebar</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringgis - Post operasi hari pertama - Pemasangan pen tanggal 01 November 2022 - Luka post operasi masih tertutup perban <p>TD = 90/70 mmHg</p> <p>N = 70 ^x/menit</p> <p>S = 36,6 ^oC</p> <p>RR = 20 ^x/menit</p>	Nyeri akut
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - pasien mengatakan tidak bisa memenuhi personal hygiene 	Gangguan mobilitas fisik

secara mandiri

- Pasien mengatakan aktivitas selama di RS
di bantu keluarga

DO:

- Pasien tampak berbaring di tempat tidur
- Pasien tampak terbatas untuk bergerak
- Kaki pasien tampak terbalut kasa/ perban
- Post Operasi Fraktur Femur subtrochanter Sinistra
- Pemasangan pen tanggal 01 November 2021
- Tonus otot : Kanan $\frac{5555}{5555}$ | $\frac{5555}{2222}$ Kiri

3	Faktor resiko :	Resiko infeksi
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri - Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra -Terdapat luka insisi 20cm - Jenis sayatan vertikal -Terlihat balutan perban pada paha kiri - WBC = $7.35 \cdot 10^3/uL$ 	

B. Diagnosis Keperawatan dan Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Rencana tindakan yaitu memberikan kesempatan kepada pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi penyakit yang dialami pasien

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

a. Rencana tindakan

Tujuan keperawatan pada Tn. M adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, ekspresi wajah meringis menurun, kegelisahan menurun, skala nyeri menurun < 3 , frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Intervensi yang diberikan kepada Tn. M adalah: identifikasi lokalisasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperingan dan memperberat nyeri, berikan teknik non farmakologis (mengajarkan relaksasi nafas dalam), jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri serta kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskloskeletal

a. Rencana tindakan

Tujuan tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn.M setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.

Intervensi yang diberikan kepada TN. M adalah: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor TTV, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (tongkat,kruk atau walker), libatkan keluarga untuk membantu pasien

dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengimobilisasi kaki fraktur tetap lurus anjurkan melakukan mobilisasi dini dan ajarkan melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur/ pindah ke kursi).

3. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif

a. Rencana tindakan

Tujuan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. M setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan infeksi menurun dengan kriteria hasil: kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun.

Intervensi yang diberikan kepada TN. M adalah: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi ,ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi ,dan asupan cairan serta kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

C. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

a. Implementasi

1) Tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn. M tanggal 01 November 2021 pada shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif : pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada paha sebelah kiri

P= post op fr.femur subtrochanter, Q= seperti di tusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 8, T=Hilang timbul

Data obyektif : pasien tampak meringis

TD= 80/60 mmHg $S = 36,5^{\circ}\text{c}$

N = 83 \times /menit RR= 20 \times /menit

Action :

Mengidentifikasi lokalisasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, mengobservasi respon nyeri non verbal, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Memberikan obat analgetik (ketorolac 30 mg) pukul 16.00 WIB.

Respon : Pasien kooperatif dan dapat memahami teori nyeri akut

2) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.M pada tanggal 02 November 2021 shift pagi 07.00-13.00 WIB.

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang

P= post op fr. femur subtrochanter, Q= seperti ditusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 6, T= hilang timbul.

Data objektif : pasien masih terlihat meringis sesekali

TD = 100/60 mmHg $S = 37,8^{\circ}\text{C}$

N = 83 \times /menit RR = 20 \times /menit

Action:

Mengevaluasi skala nyeri, mengobservasi nyeri non verbal, mengajarkan relaksasi nafas dalam, memberikan obat analgetik (ketorolac 30 mg) pukul 10.00 WIB.

Respon: Pasien mampu mempraktikkan relaksasi nafas dalam yang di ajarkan saat nyeri timbul

- 3) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. M pada tanggal 03 November 2021 shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang

P= post op fr. femur subtrochanter, Q= seperti ditusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 5, T= hilang timbul dan tidak menyebar.

Data obyektif : pasien tampak lebih baik dan tenang dari sebelumnya

TD = 100/70 mmHg S= 37 °C

N = 96 ^x/menit RR = 20^x/menit

Action :

Mengevaluasi skala nyeri, mengobservasi respon non verbal, memberikan relaksasi nafas dalam, memberikan obat analgetik (ketorolac 30 mg) pukul 15.00 WIB.

Respon: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih baik

b. Evaluasi

Evaluasi pada tanggal 01 November 2021, **Data subjektif** : P= post op fr. femur subtrochanter, Q= seperti tertusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 6, T= hilang timbul. **Data obyektif**: pasien tampak meringgis. **Analisa**: Masalah belum teratasi. **Perencanaan**: Lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada tanggal 02 November 2021, **Data subjektif** : P= post op fr. femur subtrochanter, Q= seperti tertusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 5, T= hilang timbul. **Data obyektif** : pasien tampak sedikit lebih baik, **Analisa** : Masalah teratasi sebagian. **Perencanaan** : Lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada tanggal 03 November 2021, **Data subjektif** : P= post op fr. femur subtrochanter, Q= seperti tertusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 4, T= hilang timbul. **Data obyektif** : pasien tampak

lebih baik dan tenang dari sebelumnya. **Analisa** : Masalah teratasi sebagian. **Perencanaan** : Lanjutkan intervensi.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

a. Implementasi

1) Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien Tn. M tanggal 01 November 2021 pada shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri dan sulit menggerakkan kaki sebelah kiri

Data obyektif : Pasien tampak berbaring di tempat tidur, kaki kien tampak di balut kasa

TD= 80/60 mmHg S = 36,5 °C

N = 83 x/menit RR= 20x/menit

Action:

Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor ttv, melibatkan keluarga untuk membatntu pasien dalam meningkatkan pergerakan, mengimobilisasi kaki fraktur tetap lurus

Respon : Pasien mengatakan nyeri saat banyak melakukan pergerakan

2) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.M pada tanggal 02 November 2021 shift pagi 07.00-13.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kaki sebelah kiri

Data obyektif : Pasien tampak terbaring di tempat tidur dan kaki pasien terbalut kasa

TD = 100/60 mmHg S = 37,8 °C

N = 83 x/menit RR = 20x/menit

Action :

Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor ttv, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meingkatkan pergerakan, mengajarkan pasien mobilisasi sederhana (duduk di

tempat tidur), mengimobilisasi kaki yang mengalami fraktur agar tetap lurus.

Respon : Pasien tampak mencoba mobilisasi sederhana

- 3) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. M pada tanggal 03 November 2021 shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan masih sulit untuk duduk

Data obyektif : Pasien tampak sudah bisa duduk sebentar di tempat tidur dan kaki pasien terbalut kasa.

TD = 100/70 mmHg S = 37 °C

N = 96 ^x/menit RR = 20^x/menit

Action :

Mengkaji toleransi fisik melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, mengajarkan pasien melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur/ sisi tempat tidur, tempat tidur ke kursi), mengimobilisasi kaki yang mengalami fraktur tetap lurus.

Respon : Pasien tampak sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana

b. Evaluasi

Pada tanggal 01 November 2021, di dapatkan **Data subjektif:** Pasien mengatakan nyeri saat melakukan banyak pergerakan. **Data obyektif:** Pasien tampak cemas ketika kaki digerakkan , pasien tampak terbaring di tempat tidur. **Analisa:** Masalah belum teratasi. **Perencanaan:** Lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 02 November 2021, di dapatkan **Data subjektif:** Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kaki sebelah kiri. **Data obyektif:** Pasien tampak takut untuk menggerakkan kaki dan saat belajar duduk. **Analisa:** Masalah belum teratasi. **Perencanaan:** Lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 03 November 2021, di dapatkan **Data subjektif:** Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dan sudah bisa duduk. **Data**

obyektif: Pasien tampak lebih baik dari sebelumnya. **Analisa:** Masalah teratasi sebagian. **Perencanaan:** Lanjutkan intervensi.

3. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko prosedur invasif

a. Implementasi

1) Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien Tn. M tanggal 01 November 2021 pada shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan luka bekas operasi terasa sakit, pasien mengatakan merasa terganggu karena nyeri

Data obyektif : Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. WBC = $7.35 \cdot 10^3/uL$

Action :

Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi ,dan asupan cairan serta memberikan antibiotik (ceftizoxime 1 gr) pukul 16.00 WIB.

Respon : Pasien kooperatif dan memahami tanda gejala infeksi

2) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.M pada tanggal 02 November 2021 shift pagi 07.00-13.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang

Data obyektif : Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. WBC = $7.35 \cdot 10^3/uL$

Action : :

Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi dan memberikan antibiotik (ceftizoxime 1 gr) pukul 10.00 WIB.

Respon : Terlihat balutan perban pada paha kiri

3) Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. M pada tanggal 03 November 2021 shift siang 13.00-20.00 WIB.

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang

Data obyektif : Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. WBC = $7.35 \cdot 10^3/uL$.

Action:

Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi dan memberikan antibiotik (ceftizoxime 1 gr) pukul 15.00 WIB.

Respon : Terlihat balutan perban pada paha kiri

b. Evaluasi

Pada tanggal 01 November 2021, di dapatkan **Data subjektif**:. Pasien mengatakan luka bekas operasi terasa sakit, pasien mengatakan merasa terganggu karena nyeri. **Data obyektif**: Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. **Analisa**: Masalah tidak terjadi. **Perencanaan**: Pertahankan intervensi.

Pada tanggal 02 November 2021, di dapatkan **Data subjektif**:. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. **Data obyektif**: Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. **Analisa**: Masalah tidak terjadi. **Perencanaan**: Pertahankan intervensi.

Pada tanggal 02 November 2021, di dapatkan **Data subjektif**:. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. **Data obyektif**: Pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luas luka sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri. **Analisa**: Masalah tidak terjadi. **Perencanaan**: Pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini memberikan ulasan dan bahasan mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. M ditinjau dari sudut pandang konsep dan teori. Pembahasan di fokuskan pada aspek pengkajian dan diagnosis keperawatan, perencanaan, implimentasi serta evaluasi yang telah diberikan kepada Tn. M dengan penyakit post operasi fraktur femur subtrochanter sinistra di ruang Tribata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo selama 3 hari dari tanggal 1 November sampai 3 November 2021.

A. Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang terpenting dalam proses asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian, langkah pertama yang dilakukan menggunakan studi dokumentasi keperawatan tentang identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi dari data subjektif dan objektif serta informasi riwayat pasien pada rekam medik (Herdman, 2015). Informasi pasien di kasus ini di dapatkan dari pasien (*autoanamnesa*) dan penulis juga mendapatkan data pengkajian dari keluarga, rekam medis, dan tim medis (*alloanamnesa*), Pengkajian data subjektif dan data objektif pada asuhan keperawatan ini merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pengumpulan data pengkajian pada kasus ini dilakukan dengan beberapa teknik yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan rekam medis. Pemeriksaan fisik pada pasien dilakukan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi berdasarkan *head to toe*. (Herdman, 2015).

Hasil wawancara yang didapatkan yaitu masalah utama pasien nyeri. Kasus ini pasien mengalami nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan cara mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat berlangsung sekitar kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Terjadi pada paha sebelah kiri disebabkan post operasi, rasanya seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 8 dan hilang timbul. Pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas seperti biasa dan pola tidur terganggu. Hasil pengamatan/ observasi yang dilakukan pada Tn.M yang didapatkan yaitu pasien tampak meringgis. Terlihat balutan perban pada paha kiri, luka insisi sekitar 20cm. Keadaan umum composmentis, TD = 120/60, mmHg S = 36°C, N = 60^x/menit, RR= 20^x/menit.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada Tn. M terdapat beberapa tanda dan gejala yang sama dan tidak sama dengan yang ada di teori nyeri akut. Tanda dan gejala yang sama adalah pasien mengeluh nyeri, tampak meringgis, pola tidur berubah. Sedangkan tanda gejala yang tidak ditemukan pada kasus Tn. M dengan yang ada di teori adalah merasa gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis. Hal tersebut terjadi karena respon adaptasi seseorang terhadap masalah kesehatan (penyakit) berbeda-beda. Proses penyesuaian diri atau adaptasi menurut Schneiders (1984) dalam Suparyanto (2011), setidaknya ada 5 faktor yang mempengaruhi proses penyesuaian diri yaitu: kondisi fisik, kepribadian, proses belajar, lingkungan, agama serta budaya. Pada data penunjang ada kesenjangan antara teori dan kasus, di kasus hanya mengikuti prasarana yang ada di RS yaitu melakukan pemeriksaan darah lengkap dan rontgen pada saat pre operasi, pemeriksaan yang tidak dilakukan menurut teori yaitu arteriogram dan kretinin.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan utama yang diangkat pada Tn. M setelah didapatkan data atau informasi dari pengkajian yang telah dilakukan, diagnosis yang ditentukan telah merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), penentuan prioritas utama pada Tn. M berdasarkan pada kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar Abraham Maslow meliputi kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan rasa memiliki dan kasih sayang, kebutuhan dihargai kebutuhan aktualisasi diri (Muazaroh dan Subaidi, 2019). Penulis menspesifikkan dengan diagnosis utama atau prioritas untuk lebih memfokuskan dan memaksimalkan pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat memenuhi tujuan dan kriteria hasil sesuai yang di harapkan.

Pada diagnosis utama atau prioritas pada Tn. M adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dua diagnosis keperawatan lain yang ditemukan pada kasus Tn. M yaitu gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dan resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif. Diagnosis yang ditegakkan pada pasien sama dengan teori yaitu diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada paha sebelah kiri, pasien mengatakan merasa terganggu karena nyeri P = Post Operasi Fraktur Femur subtrochanter Q = Seperti ditusuk tusuk R = Paha kiri S = Skala nyeri 8 T = Hilang timbul dan tidak menyebar. Data objektif pasien tampak meringgis post operasi hari pertama, pemasangan pen tanggal 30 November 2022, luka post operasi masih tertutup perban, TD = 90/70 mmHg N = 70 x/menit S = 36,6 °C RR = 20 x/menit

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan cara mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat berlangsung sekitar kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Sejalan dengan diagnosis utama pada kasus ini yaitu nyeri akut dengan tanda gejala mayor nyeri akut antara lain mengeluh nyeri, klien tampak meringis, bersikap protektif seperti waspada, posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Tanda dan gejala minor nyeri akut antara lain tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

Data aktual yang didapatkan pada kasus sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari tiga bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan. Diagnosis lainnya yang ditegakkan pada pasien sesuai dengan SDKI yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. Gangguan mobilitas fisik pada pasien diakibatkan oleh terjadinya fraktur pada bagian femur sinistra saat memanjat pohon. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Diagnosa ketiga resiko infeksi pada pasien dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif. Resiko infeksi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017).

Kesenjangan yang ada pada diagnosis yaitu terdapat 5 diagnosis di teori tetapi hanya 3 yang dilakukan asuhan keperawatan, 2 diantaranya tidak dilakukan karena saat melakukan pengkajian data subjektif dan objektif yang didapatkan dari pasien tidak mendukung untuk ditegakkan menjadi diagnosis keperawatan sesuai kasus. Pada defisit perawatan diri pasien tidak menolak melakukan perawatan diri dan minat melakukan perawatan diri sangat baik. Pada gangguan integritas kulit penyebab terjadinya tidak sesuai dengan kondisi pasien dan data subjektif serta objektif kurang mendukung untuk

ditegakkan. Pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan tanggal 30 Oktober 2021 fase pre operasi di dapatkan diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hasil hemoglobin dibawah normal yaitu 10.7 g/dl, sebelum melakukan operasi pihak RS dan keluarga mempersiapkan 2 kantong darah. Diagnosis ini tidak dimasukan pada asuhan keperawatan karena terjadi pada fase pre operasi bukan post operasi.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Tahap perencanaan yaitu memberikan kesempatan kepada pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi penyakit yang dialami pasien. Tindakan keperawatan yang di rencanakan pada ketiga diagnosis kasus meliputi tindakan dalam bentuk observasi, tindakan terapeutik, pemberian edukasi dan tindakan kolaborasi (PPNI, 2018). Kriteria hasil dari nyeri akut yaitu keluhan nyeri menurun, ekspresi wajah meringis menurun, kegelisahan menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Penulis melakukan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosis utama atau prioritas masalah, tujuan dan tindakan keperawatan, penentuan kriteria hasil dan rencana tindakan pada masing-masing diagnosa keperawatan. Intervensi kemudian dimodifikasi dipilih sesuai kondisi yang dialami atau dikeluhkan pasien dan tetap mengacu pada SIKI (PPNI, 2018), sehingga penulis tidak mengalami hambatan dalam menyusun intervensi yang lebih konkrit dalam asuhan keperawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat dalam mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi bertujuan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, pada tahap ini penulis berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan dan dikuatkan dengan teori yang ada (Susilaningrum, 2013 dalam Gustina, 2021). Implementasi yang dilakukan pada Tn. M dibagi menjadi 4 komponen, yaitu: tindakan observasi, tindakan terapeutik, pemberian edukasi dan tindakan kolaborasi.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan ada terapi non farmakologis berupa relaksasi nafas dalam yang sudah bisa diterapkan oleh pasien ketika merasakan nyeri. Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Prasetyo, 2010 dalam Butu, 2018). Teknik relaksasi nafas dalam yaitu pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru- paru dengan udara, kemudian perlahan lahan udara dihembuskan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyamannya hal tersebut, Setelah itu mengulang langkah ke-4 dan mengkonsentrasi pikiran pada lengan perut, punggung, dan kelompok otot-otot yang lain (Rabi'al, 2009 ; Butu, 2018).

Terapi farmakologis yang diberikan yaitu pemberian kolaborasi ketorolac 30 mg melalui intravena selain itu penulis juga memberikan informasi penyembuhan dan pemulihan fase post operasi. Selama 3 hari implementasi pada Tn, M dapat berjalan dengan lancar, tidak ada hambatan dari pasien ataupun keluarga dan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah disusun sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan sebagai penilaian sejauh mana keberhasilan atau tujuan dan kriteria hasil yang didapat dari implementasi keperawatan yang diberikan kepada pasien, apakah itu berhasil tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini penulis mengacu pada pedoman Standar Luan Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019). Komponen SOAP untuk memudahkan perawat melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien. SOAP terdiri dari data subjektif adalah data-data yang ditemukan pada pasien secara subjektif atau ungkapan dari pasien setelah intervensi keperawatan. Sedangkan pada data objektif yaitu hal-hal yang ditemukan oleh perawat secara objektif atau melihat keadaan pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, dilanjutkan dengan *assessment/* penilaian yang telah dilakukan apakah masalah dapat teratasi atau tidak dan *Planning* rencana tindakan selanjutnya.

Ketiga diagnosis yang penulis tetapkan di dapatkan hasil selama 3 hari pemberian asuhan keperawatan yaitu diagnosis nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik masalah dapat teratasi sebagian, sedangkan resiko infeksi masalah tidak terjadi. Pemberian asuhan keperawatan sudah sesuai dengan tahapan proses keperawatan hanya saja lebih membutuhkan waktu lebih lama untuk tahap penyembuhan serta lebih memaksimalkan lagi implementasi yang telah diberikan sehingga masalah dapat teratasi semua.

Pada masalah nyeri akut di dapatkan data subjektif : P= post operasi fraktur femur subtrochanter, Q= seperti tertusuk-tusuk, R= paha sebelah kiri, S= 4, T= hilang timbul dan data obyektif : pasien tampak lebih baik dan tenang dari sebelumnya serta masalah teratasi sebagian. Pada masalah gangguan mobilitas fisik didapatkan data subjektif: pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dan sudah bisa duduk, data obyektif: pasien tampak lebih baik dari sebelumnya dan masalah teratasi sebagian. Pada masalah resiko infeksi di dapatkan data subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, data obyektif: pasien telah melakukan prosedur invasif pada femur sinistra, luka insisi sekitar 20 cm jenis sayatannya vertikal, terlihat balutan perban pada paha kiri dan masalah tidak terjadi.

B. Pembahasan Proses Praktik Profesi Dalam Pencapaian Target

Praktik profesi pada peminatan keperawatan medikal bedah memberikan peluang yang sebesar-besarnya untuk lebih memahami dan mengaplikasikan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang sedang mengalami Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra. Dalam praktiknya banyak pemahaman yang di dapat penulis dan menjadi tantangan tersendiri bagi penulis dalam berinteraksi dengan masalah yang dialami pasien.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan penulis dalam mengkaji dan menyusun asuhan keperawatan yang dilakukan, yaitu kurangnya waktu dalam pengkajian, kurangnya ketajaman observasi dalam pendokumentasian dan kurangnya literatur yang dipakai penulis untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir. Pada dasarnya semua rencana tindakan keperawatan yang penulis susun dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan sudah baik dan benar sesuai prosedur yang ada serta didukung oleh kerja sama yang baik antara penulis, pasien, keluarga pasien, dan perawat ruangan. Penulis juga menjalankan tugas sebagai *educator*, peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dituliskan berdasarkan pada masalah dan tujuan penulisan. Bagaimana teori diterapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara langsung dan hasil yang diperoleh. Saran adalah usulan yang diajukan untuk mengatasi atau mengurangi hambatan-hambatan yang muncul pada saat melakukan asuhan keperawatan, sesuai dengan apa yang dijelaskan dalam kesimpulan serta memberikan penulisan yang lebih baik.

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dalam menyusun karya ilmiah akhir ini, maka penulis dapat menyimpulkan beberapa hal diantaranya:

1. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. M dengan Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra, penulis menegakkan 3 diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dan resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasif. Penulis memprioritaskan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sesuai dengan keluhan utama yang dirasakan pasien P= Nyeri karena post operasi Q= seperti tertusuk-tusuk R= paha kiri S= Skala nyeri 8 T= Hilang timbul, selain itu pasien juga tampak meringgis.
2. Asuhan keperawatan pada Tn. M telah dilakukan sesuai dengan kondisi dan keluhan yang pasien ungkapkan ketika dilakukan pengkajian, sehingga dalam penyusunan rencana tindakan dan pelaksanaannya dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan oleh penulis.
3. Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M penulis dapat mengetahui faktor pendukung dan faktor penghambat yang dirasakan selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M. Adapun faktor pendukung yang dirasakan oleh penulis adalah sikap pasien dan keluarga yang sangat kooperatif dalam memberikan informasi sehingga penulis dapat lebih mudah melakukan penilaian untuk merumuskan pengkajian, diagnosis,

intervensi, implementasi dan evaluasi. Sedangkan faktor penghambat yang dirasakan oleh penulis adalah terbatasnya waktu yang diberikan untuk melakukan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi). Kesenjangan yang ada pada teori dengan kasus yang ada pada Tn. M memiliki beberapa perbedaan dari segi tanda dan gejala, proses pengkajian di data penunjang dan diagnosis yang ditegakkan.

B. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran sebagai dasar untuk meningkatkan asuhan keperawatan khususnya pada kasus nyeri akut dengan hipertensi yaitu sebagai berikut:

1. Bagi pelayanan Kesehatan

Perlu mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan secara *komprehensif*.

2. Bagi tenaga Kesehatan

Diharapkan untuk lebih memberikan informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan pemulihan pasien dengan Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra pada pasien agar tidak kekurangan informasi dan lebih meningkatkan kerja sama pemberian asuhan keperawatan antar sesama perawat.

3. Bagi institusi pendidikan

Agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan Pendidikan yang lebih baik, berkualitas dan professional sehingga dapat tercipta perawat-perawat yang professional, terampil, dan handal yang mampu memberikan keperawatan secara *komprehensif*.

4. Semoga Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini dapat meningkatkan kemampuan belajar penulis dan pembaca dalam menangani masalah yang muncul pada kasus Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra serta dapat memberikan manfaat atau informasi bagi seorang perawat atau masyarakat umum yang telah membacanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, Desiartama, IGN, Wien, Aryana. 2017. Gambaran karakteristik pasien fraktur femur akibat kecelakaan lalu lintas pada orang dewasa di rumah sakit umum pusat sanglah denpasar tahun 2013. I 2303-1395.
- Antoni, G. K. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dengan Post Orif EC Fraktur Femur di Ruang Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang. *Karya Tulis Ilmiah*.
- Black J, M., Jane, H.H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : Salemba Medika
- Butu, A. (2018). Hubungan Intensitas Nyeri dengan Strategi Manajemen Nyeri pada Pasien Fraktur Post Operasi ORIF di RSUP H. Adam Malik Medan. *Skripsi*.
- DepKes RI. 2016. Tentang Fraktur Ekstremitas Bawah di Indonesia
- Desiartama, Agus, dkk. (2017). Gambaran Karakteristik Pasien Fraktur Femur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Orang Dewasa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2013. *E-Jurnal Medika*, Vol. 6 No.5, Mei, 2017.
- Gustina. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Diabetic Foot Ulcer (Dfu) Di Klinik Sahabat Care. *Keperawatan*.
- Helmi, Zairin Noor. 2012. Buku Saku Kedaruratan di Bidang Bedah Ortopedi. Jakarta: Salemba Medika.
- Herdman, T.H & Kamitsuru, S. 2014. International Nursing Diagnoses : Definitions & Classification. Oxford: Wiley Blackwell.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Science Journal*, 90-111.
- Irawan, A., Setiawan, D., & Sari, W. d. (2018). Rehabilitas medik pada fraktur sub trochanter femur.
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2014). *Hand Book For Health Student*. Yogyakarta: Medication Publishing.
- Lukman, Ningsih, Nurna. (2009). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta : Salemba Medika
- Lukman, & Ningsih. (2012). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op. Fraktur Femur. *Skripsi*.

- Mu'Atifah, A. (2017). Upaya Penggunaan Teknik Nafas Dalam dalam Penurunan Nyeri pada Pasien Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Subtrochanter Femur Sinistra. *Keperawatan*.
- Muttaqin, A. (2012). Buku Ajar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2011) . Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen. Edisi III Jakarta : EGC
- Nisa, I. M. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien post operasi orif fraktur femur dextra dengan nyeri akut di ruang marjan atas rumah sakit umum daerah DR Slamet Garut.
- Nursalam. 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Pertiwi, A. E. (2020). Asuhan Kkeperawatan Pada Pasien Fraktur Femur dengan Masalah Nyeri Di Ruang Melati RSUP Bangil Pasuruan. *Keperawatan*.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 2*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Kalimantan Barat
- Sulistyo Andarmoyo. 2013. Konsep & proses keperawatan nyeri, Jogjakarta : Ar-Ruzzs
- Smeltzer, S.C., & Bare, B. (2012). BukuAjar Keperawatan Medikal BedahBrunner & Suddarth, Volume 1 Edisi12. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C. (2015). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC
- Patel, R. et al. (2017). Subtrochanter Femur Fracture Treated with extramedullary or Intramedullary Fixation at Tertiary Care Centre. *International Journal of medical Science and Public health*. Vol. 6, no. 2.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta : Nuha Medika
- WHO. (2012). Latar Belakang Fraktur Femur. Retrived : 06-06-2011.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Mitha Syarah

Tempat,Tanggal Lahir : Ponianak, 05 Februari 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Menikah

Status Dalam Keluarga : Anak pertama dari 3 bersaudara

Alamat Sekarang : Jl. Adisucipto Gg. Durian 2

No. Hp : 081258669947

Email : mithasyarah2@gmail.com

Nama Orang Tua

Ayah : Sofian

Ibu : Nurhakimi

Riwayat Pendidikan : 1. SDN 07 Sungai Raya
2. SMP Negeri 01 Sungai Raya
3. SMA Negeri 01 Sungai Raya
4. Stik Muhammadiyah Pontianak (2017- sekarang)