

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN *POST OP*
FRAKTUR COLLUM FEMUR DI RUANG BAITUSSALAM 2
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Fitria Anwar

NIM. 40.901.900024

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN *POST OP
FRAKTUR COLLUM FEMUR* DI RUANG BAITUSSALAM 2
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Fitria Anwar

NIM. 40.901.900024

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari saya melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Mei 2022



(Fitria Anwar)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D DENGAN *POST OP FRAKTUR COLLUM FEMUR* DI RUANG BAITUSSALAM 2
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh :

Nama : Fitria Anwar

NIM : 40901900024

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 27 Mei 2022



Semarang 27 Mei 2022

Pembimbing


Ns. Muh Abdurro'uf, M.Kep
NIDN: 0605057902

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Tim Penguji

Penguji I

(Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep)

(.....)

NIDN: 0615098802

Penguji II

(Dr. Erna Melastuti, S.Kep., Ns., M.Kep)

(.....)

NIDN: 0620057604

Penguji III

(Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep)

(.....)

NIDN: 0605057902

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN: 0622087403

HALAMAN MOTTO

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dalam suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan yang lain)”

(Q.S. Al Insyirah : 6-7)

“Sabar dalam mengatasi kesulitan dan bertindak bijaksana dalam mengatasinya adalah sesuatu yang utama”

“Jadi diri sendiri, cari jati diri sendiri, dapatkan hidup yang mandiri”

“Berangkat penuh dengan keyakinan, berjalan dengan penuh keikhlasan, istiqomah dalam menghadapi cobaan”

“Sesuatu yang dikerjakan dengan sungguh-sungguh maka akan mendapatkan hasilnya, percaya bahwa proses tidak akan mengkhianati hasil “Perbanyak bersyukur, kurangi mengeluh. Buka mata, jembarkan telinga, perluas hati. Sadari pada dirimu sekarang, bukan kemarin ataupun hari esok, nikmati setiap momen, langkah demi langkah”, dan berpetualanglah”

“Hai orang-orang yang beriman, Jadikanlah sabar dan shalatmu sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar”

(Q.S. Al-Baqarah : 153)

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

(Q.S. Al-Baqarah : 286)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D dengan Post Op Fraktur Collum Femur di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” yang menjadi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terima kasih atas segala bimbingan, pengarahan, dan dukungan kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto.,S.H.,M.Hum Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Irwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep, pembimbing KTI yang telah sabar dalam membimbing dan meluangkan waktu serta tenaganya dalam pemberian arahan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan sebagai dasar penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Terima kasih kepada karyawan Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah membimbing selama melaksanakan praktek belajar klinik.

7. Bapak Karlan dan ibu Lastri selaku orang tua yang selalu memberikan do'a, motivasi, semangat, dukungan, serta pengorbanan yang sangat besar sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Adek-adekku Muhammad Radit Saputra, Dwi Ramadhani, Reva Syafinnatunisa yang selalu memberikan dukungan dan semangat sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabatku Dini Lestari, Meylinda Puji Saidati, Nurfarida Ningrum, Sany Octavia, Zulia Sofiana terima kasih yang selama ini telah menjadi sahabatku yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Terimakasih kepada sahabatku Adhe Ayu Nurcahyani, Syarif Hidayatullah, Anting Wulan yang selama ini memberikan dukungan dan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Pingky Puspitasari yang telah memberikan semangat dan senantiasa memberikan dukungan dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Fidela Ayunnisa teman sepeimbangan yang sama-sama berjuang untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teman-teman seperjuangan angkatan 2019 Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan semua pihak yang telah membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Teman-teman HMJ D3 Keperawatan angkatan 2019 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang terimakasih atas dukungan dan semangat yang telah diberikan.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas bantuan dan kerjasamanya yang memberikan dukungan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran demi peningkatan dan perbaikan

penulis dimasa mendatang, namun penulis berusaha dengan segala kemampuan yang ada untuk memberikan sebaik-baiknya.

Dan semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada klien dan tiada lain harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis sendiri, pembaca, dan semua pihak.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi wabarakatuh.

Semarang, 14 April 2022
Penulis

Fitria Anwar
Nim : 40901900024



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT	5
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN.....	10
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	24
A. Hasil Studi Kasus.....	24
1. Pengkajian Keperawatan.....	24
2. Analisa Data.....	37
3. Diagnosis Keperawatan	38
4. Intervensi Keperawatan	38
5. Implementasi Keperawatan.....	41
6. Evaluasi Keperawatan.....	46
BAB IV PEMBAHASAN.....	51
A. Pengkajian keperawatan	51
B. Diagnosis keperawatan	53
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	53
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	54
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	55

4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit	56
C. Intervensi keperawatan	57
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	57
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	58
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	59
4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit	60
D. Implementasi keperawatan	60
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	60
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	61
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	62
4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit	62
E. Evaluasi keperawatan	63
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	63
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	63
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	63
4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit	64
BAB V PENUTUP	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesedian Membimbing

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur adalah retakan atau patahan yang pada susunan tulang akibat dari cedera, kecelakaan, baik dari kecelakaan dalam suatu kerja maupun kecelakaan lalu lintas. Fraktur atau patah tulang menjadi penyebab masalah kematian dengan urutan ketiga di Negara Indonesia setelah penyakit Jantung Koroner dan Tuberculosis. Fraktur adalah gangguan serius di dunia yang menyebabkan masalah terbanyak yang sering dijumpai di fasilitas kesehatan. Fraktur juga bisa diartikan rusaknya susunan jaringan tulang karena peristiwa trauma seperti terjadi benturan keras, kecelakaan, terjatuh, pemukulan, tenaga fisik, fraktur patologis atau kelemahan yang tidak normal terjadi pada tulang. Akibat dari benturan yang sangat keras sehingga tidak bisa di tahan oleh tulang dan terjadilah fraktur (Sagaran et al., 2018).

World Health of Organizaton tahun 2019 menyatakan kejadian fraktur meningkat dengan catatan kurang dari 15 juta orang dengan prevalensi 3,2%. Tahun 2018 adalah 21 juta jiwa dari kecelakaan lalu lintas sebanyak 3,8%. Data di Indonesia kasus yang sering terjadi yaitu fraktur femur 42% dilanjut fraktur humerus 17% fraktur fibula, tibia. Penyebab tertinggi patah tulang yaitu kecelakaan lalu lintas atau kendaraan 65,5% dan jatuh 37,3% (Platini et al., 2020). Fraktur pada bagian ekstremitas bawah mempunyai prevalensi terbanyak yang disebabkan oleh kecelakaan sebesar 40%. Fraktur ekstremitas bawah disebabkan oleh terputusnya dikontinuitas pada susunan tulang atau patahnya struktur tulang (Andri et al., 2020). Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) kejadian di Indonesia yang mengalami fraktur sebanyak 5,5%. Cedera ekstremitas bawah mempunyai prevalensi yaitu sebanyak 67,9% (Nur, Morika, & Sardi, 2020).

Kecelakaan sepeda motor 40,6% dan jatuh menjadi penyebab tertinggi fraktur dengan prevalensi 40,9%. Selajutnya fraktur yang disebabkan oleh

benda tumpul atau tajam sebanyak 7,3%, transportasi darat dan lainnya 7,1% dan fraktur yang disebabkan karena kejatuhan adalah 2,5% (Maria Ulva, 2019).

Kasus fraktur yang ada di Jawa Tengah menurut RISKESDAS pada tahun 2018 dengan prevalensi 64,5%. Berdasarkan data dari Ruang Baitussalam RSI Sultan Agung Semarang pada tahun 2021 didapatkan kasus 60 yang mengalami fraktur dengan pasien yang dilakukan operasi Orif dan hampir seluruhnya mengalami nyeri.

Pada pasien setelah pembedahan fraktur menimbulkan rasa nyeri, keterbatasan untuk melakukan pergerakan, penurunan kekuatan otot dikarenakan nyeri setelah pembedahan, dan luka bekas pembedahan. Nyeri setelah operasi menjadi suatu hal biasa yang dialami oleh pasien. Sumber utama yang menyebabkan nyeri adalah pada bagian setelah operasi sehingga membuat pasien merasakan nyeri dan tidak nyaman (Hermanto et al., 2020).

Nyeri yang muncul dari luka bekas operasi fraktur menjadi alasan utama untuk seseorang tidak melakukan pergerakan. Akan tetapi hal itu harus dilakukan sebagai proses penyembuhan pada pasien post operasi fraktur collum femur. Apabila pasien tidak mampu melakukan mobilisasi dengan upaya pergerakan sendi maka terjadi pemendekan otot. Pada pelaksanaan ini pasien akan dibantu oleh dampingan perawat (Andri et al., 2020).

Penatalaksanaan untuk pencegahan masalah keperawatan yaitu dengan dilakukannya tindakan perawat dengan pasien untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara latihan kemampuan mandiri pasien supaya mengurangi rasa nyeri dan supaya kembali seperti semula. Latihan yang dilakukan pada pasien yaitu duduk di tempat tidur, duduk di sisi keranjang tempat tidur, latihan turun dari tempat tidur, dan dapat juga berpindah (Malang, 2021).

Berdasarkan dari data yang telah diuraikan, dapat diambil kesimpulan bahwa asuhan keperawatan menjadi salah satu hal yang berpengaruh pada kemampuan aktivitas perpindahan pasien, maka perawat dapat membantu untuk memberikan latihan kepada pasien *post op* fraktur dengan cara latihan

mobilisasi dini. Adanya studi kasus terhadap pasien *post op* fraktur dapat membantu menurunkan tingkat kecacatan dan kematian pada pasien fraktur. Maka dari itu penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan *Post Op Fraktur Collum Femur* Di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan menjelaskan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan *post op Fraktur Collum Femur* di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar *fraktur collum femur* yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis, dan pathways.
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien *post op fraktur collum femur* yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.
- c. Menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Ny.D dengan *post op fraktur collum femur* yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Supaya menambah daftar kepustakaan bagi mahasiswa dalam menetapkan dan menerapkan teori asuhan keperawatan pada pasien dengan *post op fraktur collum femur*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

- a. Supaya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post op fraktur collum femur* sesuai dengan standar praktik yang ada.
- b. Sebagai peningkatan pengetahuan keperawatan dan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi Lahan Praktik

Sebagai peningkatan kemampuan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *post op fraktur collum femur*.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai sumber pengetahuan kepada masyarakat untuk perawatan pada anggota keluarga dengan masalah *post op fraktur collum femur*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Pengertian

Patah tulang merupakan kondisi keutuhan dan kekuatan tulang mengalami kerusakan yang menyebabkan patah atau keretakan oleh proses biologis yang mampu merusaknya. Penyebabnya trauma secara langsung maupun tidak langsung, adanya benturan, kecelakaan, terjatuh, ataupun terkena pukulan yang keras, keadaan jaringan lunak dan tulang menjadi sebuah penentu apakah terjadi fraktur ataupun tidak (Sagaran et al., 2018). Fraktur merupakan kontinuitas tulang yang terputus akibat benturan keras ruda paksa (Wahid, 2013).

Fraktur collum femur yaitu terputusnya tulang articular caput femur dan regio interthrocanter dimana collum femur adalah bagian terlemah dari femur. Kejadian *fraktur collum femur* ini sering dialami masa lanjut usia yang berkisar antara 65-80 tahun. *Fraktur collum femur* disebabkan oleh benturan yang keras, kecelakaan, kelelahan otot, osteoporosis atau pengeroposan tulang karena usia yang semakin bertambah (Perwiraputra et al., 2017).

2. Etiologi

Penyebab fraktur salah satunya adalah trauma atau tekanan, trauma tersebut disebabkan adanya kekerasan langsung dan tidak langsung. Kekerasan langsung yaitu tabrakan yang terjadi pada tulang dan penderita terjatuh dengan posisi miring. Kekerasan tidak langsung yaitu titik tumpu terkena beturan, patah tulang yang terjadi terpisah, seperti terjatuh di kamar mandi karena terpeleset. Dan trauma ringan adalah keadaan yang menyebabkan fraktur apabila tulang sudah mengalami pengeroposan atau fraktur dengan kondisi patologis (Wahid 2013).

3. Patofisiologi

Fraktur terjadi karena trauma pada bagian pangkal paha maupun bagian daerah panggul pada posisi rotasi, karena benturan yang keras, terjatuh, terpeleset ataupun kecelakaan lalu lintas menjadi penyebab terbanyak pada masa lanjut usia terutama pada lanjut usia yang memiliki osteoporosis. Pada usia muda dapat mengalami *fraktur collum femur* dikarenakan trauma langsung yang langsung mengenai pada bagian tulang leher dan trauma tidak langsung pada pasien yang mempunyai penyakit predisposisi meliputi stroke osteomalasia, diabetes, mengonsumsi alkohol atau bisa terjadi karena tulang yang mulai rapuh. Akibat terjatuh kesamping atau pada salah satu sisi akan terjadi transmisi paksa melewati trokanter mayor femur dilanjutkan ke *collum femur*. *Fraktur collum femur* juga dapat terjadi karena adanya rotasi keluar pada kaki sehingga terjadi ketegangan *collum femur* dan susunan ligamen anterior. Hal ini menjadi komposisi *collum femur* yang sering terjadi kejadian fraktur *collum femur* (Sianturi, 2017).

4. Manifestasi klinis

Menurut Wahid (2013) manifestasi klinis fraktur *collum femur* antara lain :

a. Edema

Bengkak timbul dengan cepat pada posisi serta ekstraksi darah di jaringan yang bersebelahan dengan patah tulang.

b. Deformitas

Deformitas energi tarik kekuatan yang menimbulkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya sehingga dapat menyebabkan pemendekan tulang.

c. Patah tulang traumatik

Patah tulang traumatik biasanya disertai pada luka jaringan lunak yang terasa perih setelah kejadian patah tulang.

d. Pergerakan abnormal

Pergerakan abnormal pada umumnya kreapitas bisa ditemukan pergerakan persendian lutut yang susah digerakan.

e. Kehilangan sensasi

Kehilangan sensasi atau mati rasa bisa terjadi karena rusaknya syaraf ataupun disebabkan oleh perdarahan.

5. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Doenges (2019) yaitu :

a. Pemeriksaan rontgen

Pemeriksaan rontgen dilakukan untuk penentu daerah, luas fraktur, trauma akibat patah tulang

b. Scan tulang, scan CT/MRI

Scan tulang dipergunakan untuk melihat perubahan struktur tulang yang disebabkan fraktur dan untuk mengetahui kerusakan jaringan lunak

c. Arteriogram

Sinar X yang menggunakan media kontras sebagai evaluasi pada aliran darah arteri

d. Kreatinin

Pemeriksaan kreatinin bertujuan untuk mengetahui cedera otot yang meningkatkan beban kreatinin pada ginjal

e. Hitung darah lengkap atau pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan ini yaitu seperti hemoglobin, hematokrit, morfologi, indeks, dan pemeriksaan trombosit.

f. Profil koagulasi

Pemeriksaan untuk mengetahui adanya pembekuan darah *transfuse multiple*

6. Komplikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016) komplikasi yang terjadi pasca pembedahan adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri adalah keluhan yang sering terjadi pasca pembedahan. Nyeri yang dialami biasanya terasa semacam tertusuk serta terbakar. Nyeri yang paling hebat di alami pada pasien pada hari awal setelah pembedahan.
- b. Gangguan mobilitas fisik pada pasien setelah pembedahan terjadi karena proses pembedahan.
- c. Kelelahan terjadi pada penderita setelah dilakukannya pembedahan. Kelelahan yang sering terjadi sebagai sensasi, gejalanya yaitu nyeri pada bagian sendi, nyeri pada bagian otot, nyeri pada bagian kepala dan terjadi karena kelelahan pada sistem muskuloskeletal
- d. Perubahan bentuk, ukuran dan fungsi tubuh yang menyebabkan perubahan pada sistem tubuh sehingga gerak menjadi terbatas.

7. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis yang dilakukan pada kasus *fraktur collum femur* yaitu harus segera ditangani karena untuk mencegah terjadinya pergerakan pada bagian tungkai dan imobilisasi. Fraktur atau patah tulang yang hanya terjadi secara sederhana akan menjadi masalah yang kompleks apabila tidak segera mendapatkan penanganan ataupun tindakan. Penatalaksanaan medis untuk usia yang memasuki lanjut usia atau 60 tahun keatas disarankan untuk dilakukan *hip arthroplasty* dan pada usia di bawah 60 tahun yaitu dilakukan reduksi tertutup dan fiksasi internal dengan tujuan dilakukan pengelompokan usia, apabila pada usia yang dibawah 60 tahun masih dapat melakukan pergerakan atau imobilitas yang cukup tinggi jadi untuk menurunkan resiko terjadinya nekrosis avaskular dan pembentukan kembali pada tulang masih terdapat kemungkinan. *Hip arthroplasty* merupakan prosedur pembedahan untuk

dilakukan penggantian atau pembuatan tempurung logam buatan dan caput serta collum femur yang diganti dengan prosthesis atau yang disebut dengan bola logam dan batang yang terbuat dari logam (Pivec et al., 2012).

Sedangkan menurut Istianah (2017) penatalaksanaan medis dalam penanganan fraktur adalah sebagai berikut :

a. Menentukan diagnosa dan penilaian fraktur

Dalam penilaian untuk menenukan diagnosa fraktur diperlukan anamnesa pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan klinik yang bertujuan untuk mengetahui keadaan fraktur. Penilaian awal fraktur yang perlu dinilai adalah bentuk fraktur, lokasi fraktur, untuk menentukan pengobatan selanjutnya.

b. Reduksi

Reduksi bertujuan sebagai pengembalian bentuk kesejajaran tulang yang dapat dicapai dengan reduksi terbuka dan tertutup. Reduksi terbuka dengan alat fiksasi untuk pertahanan bentuk tulang dan penyembuhan tulang agar tidak menjadi lebih parah lagi. Alat yang dimasukkan melalui operasi atau biasa yang disebut dengan pembedahan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). Pembedahan yang terbuka akan memberikan dukungan imobilisasi sampai fraktur dapat tersambung kembali. Reduksi tertutup dilakukan dengan cara menarik fraktur supaya garis sejajar dapat kembali dengan normal.

c. Retensi

Imobilisasi fraktur memiliki tujuan supaya tidak terjadi pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang menimbulkan susahnya tulang untuk bersatu kembali. Pemasangan traksi ini membantu untuk mempertahankan ekstremitas.

d. **Rehabilitasi**

Rehabilitasi dalam kasus fraktur dimaksud tahap penyembuhan fraktur dengan melakukan aktivitas fungsional secara optimal, melakukan latihan dengan bantuan keluarga maupun orang lain. Latihan ini dilakukan dengan cara :

- 1) Gerak pasif yaitu membantu pasien untuk mempertahankan pergerakan sendi dan mencegah menyatunya jaringan lunak dan membantu perbaikan pasca operasi.
- 2) Gerak aktif yaitu dengan bantuan orang lain untuk meningkatkan pergerakan.
- 3) Latihan penguatan yaitu latihan dengan cara aktif dengan maksud agar kekuatan otot meningkat, hal ini dapat dilakukan pada pasien dengan masa pemulihan yaitu 4-6 minggu setelah pembedahan.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahapan awal keperawatan, yaitu mengumpulkan data pasien. Data pengkajian yang diambil dari nara sumber baik secara subjektif maupun objektif. Pengkajian dibuat secara kompleks untuk memaparkan pentingnya pengkajian sebagai sumber lengkap data yang akan di dokumentasikan dalam sebuah asuhan keperawatan (Saroh, 2019).

Tahap dalam pengkajian keperawatan menurut Wahid (2013) adalah sebagai berikut :

a. **Anamnesis**

1) **Identitas**

a) **Identitas klien**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosis medis, tanggal

pengkajian, tanggal masuk, dan jam pertama kali masuk.

b) Identitas penanggungjawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

2) Status kesehatan saat ini

Meliputi keluhan utama, alasan masuk rumah sakit, faktor pencetus, lamanya keluhan, timbulnya keluhan, faktor yang memperberat.

Pada pasien fraktur disebabkan oleh adanya kecelakaan atau trauma yang mengakibatkan, perdarahan, pembengkakan, perubahan warna pada kulit, dan terasa kesemutan.

3) Riwayat kesehatan lalu

Pengkajian ini berupa kemungkinan penyebab terjadinya fraktur dan berapa lama tulang akan bisa tersambung kembali.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian keluarga sebagai upaya mengetahui ada atau tidaknya penyakit tulang yang berhubungan dengan proses terjadinya fraktur.

5) Riwayat kesehatan lingkungan

Meliputi kebersihan rumah, lingkungan dan terjadinya bahaya yang ada dalam lingkungan rumah.

b. Pola kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana

Kasus fraktur menjadikan pasien ketakutan akan terjadinya kecacatan pada bagian tubuh yang mengalami fraktur. Maka pasien juga harus berperan penting dalam proses penyembuhan. Pengkajian ini juga diperlukan untuk mengkaji kebiasaan hidup, penggunaan obat, mengonsumsi

alkohol atau tidak, dan mengkaji olahraga yang dilakukan pasien rutin atau tidak.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Pasien yang mengalami patah tulang seharusnya mengonsumsi vitamin yang melebihi kebutuhan nutrisi sehari-hari untuk mendukung pengobatan tulang. Hal yang perlu dikaji adalah pola makan, kebudayaan atau keyakinan yang mempengaruhi asupan nutrisinya, keluhan dalam makan, mengkaji adanya perubahan berat badan atau tidak.

3) Pola eliminasi

Diperlukan melakukan pengkajian yaitu pola BAB, pola BAK dalam kesehariannya, yang perlu dikaji adalah frekuensi, konsistensi, warna, bau dan jumlah.

4) Pola aktivitas dan latihan

Pada pasien yang mengalami fraktur akan menimbulkan adanya rasa nyeri, keterbatasan dalam pergerakan, maka dalam pola aktivitas dan latihan pada pasien perlu pertolongan orang lain. Yang perlu dikaji dalam pola aktivitas dan latihan adalah kegiatan dalam pekerjaannya, olahraga yang dilakukan, kesulitan atau keluhan dalam melakukan aktivitas.

5) Pola istirahat dan tidur

Pada kasus pasien yang mengalami fraktur pasien mengalami kesulitan tidur sehingga diperlukan bantuan untuk membantu mengontrol tidur supaya istirahat pasien tercukupi. Hal yang perlu dilakukan pengkajian yaitu kebiasaan tidur, lamanya tidur, lingkungannya, penggunaan dan kesulitan yang timbul karena sulit tidur.

6) Pola kognitif-perseptual sensori

Pada pasien yang mengalami fraktur pada indera tidak timbul gangguan dan kemampuan kognitifnya berkurang

sehingga perlu dilakukan pengkajian untuk nyerinya dengan pengkajian PQRST. Untuk mengetahui bagaimana pengetahuan pasien pada penyakitnya dan untuk mengukur skala nyeri dengan menanyakan keluhan nyeri, lama keluhan, sumber nyeri, dan waktu keluhan nyeri timbul.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Adanya dampak pada pasien yang mengalami patah tulang menimbulkan rasa cemas dan ketakutan apabila ada kecacatan dalam tubuhnya dan tidak mampu melakukan aktivitas secara optimal seperti sebelumnya serta pandangan diri yang salah.

8) Pola mekanisme koping

Pada pasien fraktur harus dilakukan pengkajian mengenai pola kopingnya, bagaimana pasien dalam mengambil keputusan, yang dilakukan pada pasien apabila menghadapi masalahnya, upaya yang dilakukan dalam menghadapi masalahnya dan peran perawat untuk membantu kenyamanan pasien.

9) Pola seksual-reproduksi

Pada pasien yang sudah menikah atau berkeluarga pasti mengalami perubahan pola seksual dan reproduksinya, dan pada pasien yang belum berkeluarga belum mengalami perubahan pada pola seksual dan reproduksinya.

10) Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Kaji hubungan pasien dan keluarga apakah terjadi perubahan bahkan ada penarikan diri dari keluarga dan kesulitan dalam berkomunikasi di keluarga atau tidak.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Terjadinya fraktur akan menimbulkan kecemasan dan ketakutan akan kondisinya sehingga untuk pertahanan klien meminta untuk mendekatkan diri kepada Allah Swt.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yaitu suatu langkah untuk pemeriksaan kondisi tubuh pasien agar mengetahui tentang kesehatannya, kondisi klinis penyakit, untuk membantu menegakkan diagnosis keperawatan dan membantu menyusun rencana keperawatan yang akan dilakukan. Pemeriksaan fisik dimulai dari bagian kepala dan berakhir pada ekstremitas bawah (Saroh, 2019).

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien antara lain :

1) Tingkat kesadaran

Composmentis, sannolen, apatis, stupor, soporo koma, koma bergantung pada kondisi pasien.

2) Penampilan

Lemah, pucat atau sesuai dengan kondisi pasien.

3) *Vital sign*

Pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien untuk menentukan kesehatan pada pasien meliputi suhu tubuh, tekanan darah, respirasi (pernafasan), nadi.

4) Kepala

Inspeksi : melihat kesimetrisan bentuk, rambut, warna rambut, kondisi rambut, tingkat kebersihan rambut, tekstur rambut.

Palpasi : memeriksa adanya nyeri tekan atau tidak pada pasien.

5) Mata

Inspeksi : melihat kesimetrisan mata

Palpasi : melakukan penekanan apakah terdapat perdarahan pada mata atau tidak, melihat konjungtiva mata.

6) Hidung

Inspeksi : melihat kesimetrisan bentuk hidung

Palpasi : melakukan penekanan untuk mengetahui ketidaknormalan pada hidung

7) Telinga

Inspeksi : melihat kesimetrisan dan bentuk telinga kanan dan kiri, kulit telinga, melihat adanya kotoran pada telinga atau tidak, biasanya tidak mengalami gangguan pendengaran.

Palpasi : melakukan penekanan untuk mengetahui adanya nyeri tekan ataupun lesi pada telinga

8) Mulut dan tenggorokan

Pemeriksaan mulut dan tenggorokan ini dilakukan untuk melihat mulut, pemeriksaan gigi, warna, bau, adanya kesulitan menelan atau mengunyah atau tidak, melakukan palpasi pada tenggorokan dan melihat ada benjolan pada leher atau tidak. Biasanya mukosa bibir tampak kering dan terlihat pucat

9) Dada/ thorax

Melakukan pemeriksaan jantung dan paru-paru

10) Abdomen

Melakukan pemeriksaan abdomen dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

11) Genetalia

Melakukan pemeriksaan dengan melihat kebersihan genetalia pada pasien, melihat adanya luka, tanda infeksi, bila pasien terpasang kateter maka melihat kebersihan selang kateter.

12) Ekstremitas atas dan bawah

Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara melihat kondisi kuku pasien, capillary refil, kemampuan melakukan pergerakan, dan apabila terpasang infus kaji pada bagian yang terpasang infus untuk mengetahui infeksi maupun nyeri tekan, biasanya akral teraba dingin.

13) Kulit

Melakukan pemeriksaan dengan mengkaji kebersihan, kelembaban kulit, adanya edema, dan apabila terdapat luka kaji keadaan luka.

d. Data penunjang

Data penunjang yaitu pemeriksaan medis yang digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis keperawatan.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Doenges (2019) diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien yang mengalami patah tulang yaitu :

- a. Risiko cedera dibuktikan dengan hilangnya integritas tulang atau pergeseran fragmen tulang
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- c. Risiko disfungsi neurovaskular perifer dibuktikan dengan fraktur
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan integritas struktur tulang
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif
- f. Risiko perdarahan dibuktikan dengan trauma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rencana yang dibuat perawat ke pasien sesuai standar intervensi keperawatan yang telah sesuai (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah fraktur menurut Doenges (2019) adalah sebagai berikut :

- a. Risiko cedera dibuktikan dengan hilangnya integritas tulang atau pergeseran fragmen tulang

Tujuan : menjaga pertahanan dan keselarasan fraktur untuk menunjukkan pembentukan kalus dari penyatuan tulang pada bagian yang mengalami patah tulang

Intervensi

- 1) Pastikan jenis cedera yang mengalami fraktur dan perawatan medis jika merencanakan tindakan pembedahan
- 2) Pertahankan tirah baring sesuai dengan indikasi

- 3) Dukung pada lokasi fraktur dengan selimut yang dilipat atau bantalan dan pertahankan posisi dengan menggunakan bidai
- 4) Evaluasi ekstremitas pada bagian yang dipasang bidai
- 5) Pertahankan posisi dan integritas peralatan traksi
- 6) Lakukan tindakan lanjut, misal rontgen (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat cedera menurun.

Dengan kriteria hasil : toleransi aktivitas meningkat, gangguan mobilitas menurun, pola istirahat dan tidur membaik (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Identifikasi kebutuhan keselamatan
- (b) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
- (c) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. pegangan tangan)
- (d) Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan (PPNI, 2018).

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : nyeri berkurang, menampilkan sikap yang tenang, mampu melakukan aktivitas, serta tidur dan istirahat yang tepat

Intervensi

- 1) Pertahankan imobilisasi bagian yang mengalami fraktur dengan cara menggunakan bidai, gips, traksi, dan tirah baring
- 2) Tinggikan bagian ekstremitas yang mengalami fraktur

- 3) Evaluasi dan dokumentasikan laporan ketidaknyamanan atau nyeri, catat lokasi, karakteristik termasuk intensitas nyeri
- 4) Jelaskan prosedur sebelum melakukan tindakan
- 5) Lakukan dan awasi pada saat melakukan latihan ROM aktif atau pasif
- 6) Berikan dukungan emosional dengan menggunakan teknik manajemen relaksasi progresif, latihan tarik nafas dalam, dan imajinasi
- 7) Kolaborasi pemberian analgesik
- 8) Terapkan kompres dingin dalam waktu 24 hingga 72 jam, jika perlu (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun

Dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
 - (b) Identifikasi skala nyeri
 - (c) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - (d) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
 - (e) Kolaborasi pemberian analgetik (PPNI, 2018).
- c. Risiko disfungsi neurovaskular perifer dibuktikan dengan fraktur
 Tujuan : mempertahankan fungsi dengan dibuktikan nadi, sensasi, gerakan dalam batas normal

Intervensi

- (1) Kaji risiko pengembangan tromboemboli vena bolisme dan sindrom kompartemen akut
- (2) Evaluasi kualitas nadi perifer distal dari cedera dengan cara palpasi dan bandingkan dengan bagian tubuh yang tidak terluka
- (3) Kaji aliran kapiler, kehangatan distal dari fraktur dan warna kulit
- (4) Monitor tanda-tanda vital
- (5) Dorong klien untuk rajin berlatih pada bagian jari dan sendi dari cedera
- (6) Pantau selama pemeriksaan dan koagulasi (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan neurovaskular perifer menurun.

Dengan kriteria hasil: pergerakan sendi meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, nyeri menurun, nadi membaik, tekanan darah membaik (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Identifikasi penyebab perubahan sensasi
 - (b) Monitor perubahan kulit
 - (c) Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena
 - (d) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu (PPNI, 2018).
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan integritas struktur tulang

Tujuan : mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot pada bagian yang mengalami fraktur atau cedera

Intervensi

- (1) Kaji derajat mobilisasi akibat cedera
- (2) Lakukan latihan ROM pada bagian yang mengalami cedera ataupun bagian yang tidak mengalami cedera
- (3) Bantu mobilitas dengan menggunakan kursi roda, alat bantu jalan, tongkat dan kruk
- (4) Berikan diet tinggi karbohidrat, protein, mineral dan vitamin sampai setelah buang air besar pertama kali
- (5) Kolaborasi dan konsultasikan dengan fisioterapi atau ahli terapi (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat.

Dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas menurun (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - (b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
 - (c) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - (d) Anjurkan mobilisasi dini
 - (e) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (PPNI, 2018).
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif
 Tujuan : keparahan infeksi berkurang dengan pencapaian penyembuhan luka tepat waktu

Intervensi

- (1) Periksa bagian kulit untuk mengetahui iritasi ataupun kerusakan sebelum dan sesudah fraktur
- (2) Berikan perawatan luka steril dan rajin mencuci tangan
- (3) Monitor tanda-tanda vital, catat adanya demam atau menggigil sesuai dengan kondisi pasien
- (4) Kolaborasi dan pantau hasil laboratorium (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun.

Dengan kriteria hasil : kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, kemerahan menurun (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 - (b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - (c) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - (d) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (PPNI, 2018).
- f. Risiko perdarahan dibuktikan dengan trauma

Tujuan : menurunnya tingkat perdarahan, bebas dari perdarahan yang berlebihan dengan dibuktikan tanda-tanda vital yang stabil dan pengeluaran urin yang adekuat

Intervensi

- (1) Monitor tanda-tanda vital
- (2) Kaji kelembapan kulit dan warna kulit
- (3) Kolaborasi dan pantau hasil laboratorium
- (4) Berikan cairan IV dan transfusi darah sesuai dengan kondisi pasien (Doenges, 2019).

Sedangkan Intervensi keperawatan menurut SLKI & SIKI PPNI (2018) yaitu :

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat perdarahan menurun.

Dengan kriteria hasil : kelembapan membran mukosa meningkat, perdarahan pasca operasi menurun, tekanan darah membaik (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan :

- (a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- (b) Monitor tanda-tanda vital
- (c) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- (d) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- (e) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (PPNI, 2018).

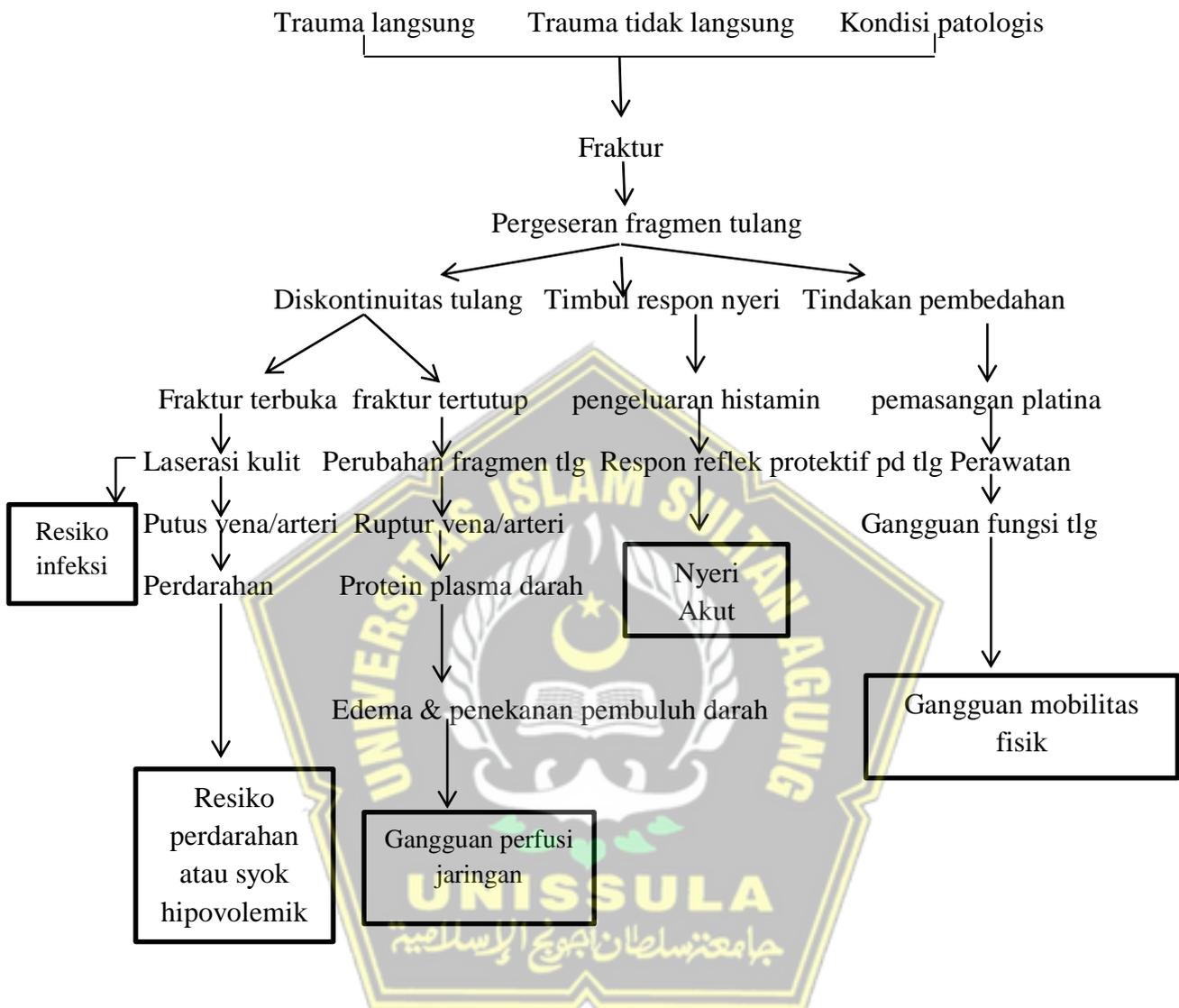
4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yaitu proses melakukan pelaksanaan tindakan sesuai susunan perencanaan keperawatan yang diberikan pada pasien yang sesuai kebutuhan, pemulihan kesehatan kondisi pasien dengan mengikutsertakan anggota keluarga (Napitu, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam asuhan keperawatan mengenai kondisi kesehatan pasien dengan ketetapan tujuan, evaluasi keperawatan melibatkan perawat dengan pasien untuk menilai tindakan keperawatan yang digunakan untuk pemenuhan pasien secara optimal dari proses keperawatan yang ada (Damanik, 2019).

6. Pathways



Sumber : (Sianturi, 2017 ; Wijaya, 2015)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Hasil Studi Kasus

Hasil dari studi kasus yang telah dilaksanakan pada tanggal 18 januari 2022 di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang, diperoleh data pengkajian pasien dengan nama Ny.D berusia 67 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Pasien menganut agama islam bertempat tinggal di Jl. Tampomas dalam VII/27 Gajahmungkur, semarang. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan saat ini bekerja sebagai ibu rumah tangga, memiliki 2 orang anak. Pasien mengalami kejadian fraktur pada saat di kamar mandi ketika ingin berwudhu untuk menunaikan ibadah sholat. Pasien terjatuh terpeleset karena alas kamar mandi yang licin, kemudian pasien dibawa ke rumah sakit oleh anaknya dan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sehingga pasien harus melakukan perawatan rawat inap dengan nomor rekam medis 01-14-43-XXX.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 18 januari 2022 di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Ny.D berusia 67 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Pasien menganut agama islam bertempat tinggal di Jl. Tampomas dalam VII/27 Gajahmungkur, semarang. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan saat ini bekerja sebagai ibu rumah tangga, memiliki 2 orang anak. Pasien mengalami kejadian fraktur pada saat di kamar mandi ketika ingin berwudhu untuk menunaikan ibadah sholat pasien terjatuh terpeleset karena alas kamar mandi yang licin, kemudian pasien dibawa ke rumah sakit oleh anaknya dan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sehingga pasien harus melakukan perawatan rawat inap dengan nomor rekam medis 01-14-43-XXX. Penanggung jawab Ny.D selama di rumah sakit adalah anaknya

yaitu Tn.H yang berusia 40 tahun menganut agama islam suku Jawa bangsa Indonesia pekerjaan swasta pendidikan terakhir S1, yang beralamatkan di Jl. Tampomas Dalam 7 no.35 Semarang.

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Ny. D mengatakan nyeri pada bagaian pangkal paha sebelah kanan terasa seperti tertusuk-tusuk dan sulit untuk melakukan gerak.

2) Status kesehatan sekarang

Ny.D mengatakan pada saat pengkajian, kejadian yang dialaminya pada saat ingin berwudhu untuk melakukan ibadah sholat. Beliau terpeleset menyebabkan jatuh karena tergelincir karena alas kamar mandi yang licin dan terbentur kearah kanan lalu pada bagian kaki kanan kemudian dilarikan kerumah sakit melalui IGD pada tanggal 15 januari 2022. kemudian pasien dilakukan pemeriksaan yang lebih lanjut sehingga diharuskan untuk menjalani rawat inap dengan diagnosa medis yaitu *fraktur collum femur*. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pangkal paha sebelah kanan dan sulit untuk digerakan.Pasien mengatakan nyeri dan bersifat hilang timbul, nyeri muncul pada saat melakukan pergerakan pada kaki sebelah kanan. Skala nyerinya adalah 4 nyeri dirasakan pada bagian pangkal paha sebelah kanan. Pasien mengatakan belum sepenuhnya tahu untuk mengatasi sakit yang dialaminya. Akan tetapi pada saat merasakan nyeri pasien melakukan tarik nafas dalam. Pasien mengatakan nyeri apabila melakukan pergerakan. Sehingga pasien enggan untuk bergerak dan seluruh aktivitasnya dilakukan di tempat tidur.

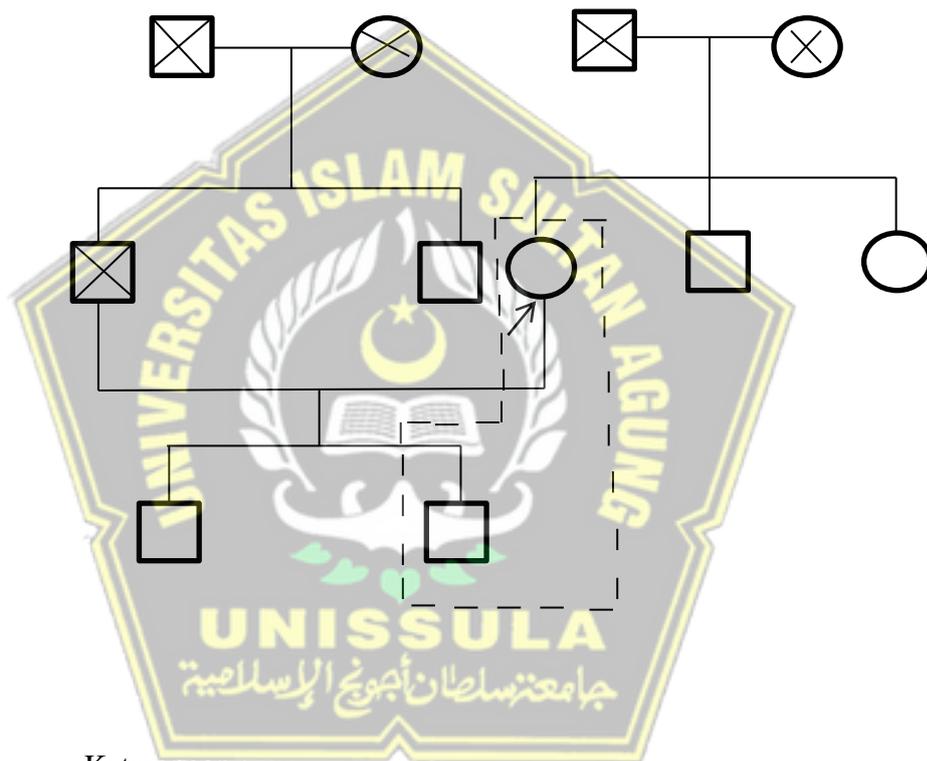
3) Status kesehatan dulu

Ny.D mengatakan tidak ada riwayat alergi apapun, Ny.D mengatakan mengatakan sebelumnya hanya mengalami batuk dan pilek biasa kemudian dibelikan obat di warung juga sudah sembuh. Ny.D mengatakan dulu tidak pernah mengalami kecelakaan. Ny. D

dulu pernah dirawat di rumah sakit karena hamil diluar kandungan. Ny.D mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis, HIV, AIDS. Ny.D mengatakan sudah mendapatkan dua kali imunisasi pencegahan covid 19 atau virus corona.

4) Riwayat kesehatan keluarga

a. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Sudah meninggal



: Tinggal dalam satu rumah



: Klien

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular atau menurun. Seperti DM, TBC, HIV, AIDS. Pihak keluarga dari pasien pada saat ini anggota keluarganya tidak ada yang sedang sakit dan tidak ada penyakit yang sedang di derita anggota keluarga.

5) Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan untuk lantai yang dikamar mandi licin, pencahayaan rumah terang, rumah jauh dari pembuangan akhir atau limbah pasien, rumah pasien tidak dekat jalan raya. Pasien mengatakan kemungkinan terjadinya bahaya bahwa lantai yang ada dikamar mandi licin yang memunculkan tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjatuh atau terpeleset.

b. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit bahwa kesehatan itu penting bagi diri sendiri dan orang lain, pasien mengatakan bahwa sebelumnya pasien mengetahui patah tulang akan tetapi belum mengetahui cara perawatannya, pasien mengatakan untuk mempertahankan kesehatannya dengan cara mengonsumsi makanan yang bergizi, pola makan dan minum terjaga, dan banyak mengonsumsi air putih. Selama pandemi tetap menjaga kesehatan dan kebersihan, mengikuti vaksin covid untuk pencegahan covid. Apabila keluar rumah memakai masker, dan mencuci tangan, pasien mengatakan rajin mengontrol kesehatannya dengan menggunakan jaminan bpjs kesehatan, dan apabila sudah terasa sakit atau muncul gejala penyakit seperti batuk, pilek, panas atau demam segera pergi ke tempat pelayanan kesehatan, pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang ibu rumah tangga, sebagai penunjang kesehatannya pasien memiliki bpjs kesehatan. Dalam perekonomiannya pasien dibantu oleh anak-anaknya sebagai kehidupan atau untuk biaya kehidupannya.

Selama sakit pasien mengatakan lebih mengerti akan penyakitnya dan tampak melakukan arahan dari Dokter dan Perawat dengan memperhatikan dan menerima saran yang diberikan sebagai upaya untuk proses penyembuhannya. Pasien mengatakan selama sakit tidak ada pantangan makanan, makanan yang diberikan dari rumah sakit berupa nasi, sayur, dan buah. Selama sakit biaya perawatannya menggunakan bpjs kesehatan.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan biasanya makan 3x dalam sehari, yaitu sarapan pagi, makan siang, makan sore dengan porsi berbeda-beda jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, lauk, sayur dan buah-buahan dan menghabiskan makan 5 sendok makan, pasien mengatakan makanan yang disukainya adalah soto, capjay, tidak menyukai makanan yang terlalu pedas dan tidak ada alergi makanan sebelum sakit pasien mengonsumsi vitamin C untuk membantu menjaga daya tahan tubuh selama masa pandemi

Selama sakit nafsu makan pasien menurun, karena sakit yang dirasakan akan tetapi untuk makan pasien masih bisa dengan makan sedikit demi sedikit dengan sering, pasien mengatakan selama sakit makan 3 kali dalam sehari yang telah disediakan dari rumah sakit yaitu nasi, sayur, buah dan pasien menghabiskan 7 sendok makan dari porsi yang telah disediakan, sayur tidak dihabiskan, lauk dan buah-buahan dihabiskan, tidak ada alergi terhadap makanan, tidak ada pantangan terhadap makanan, tidak ada program diet yang sedang dijalankan pasien, pasien mengatakan tidak ada keluhan mual dan muntah, serta tidak ada gangguan menelan. Gigi pasien masih berfungsi dengan baik karena tidak ada gigi yang berlubang. Berat badan klien saat ini adalah 70 kg, tidak ada penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir, tinggi badan 165 cm, hasil pemeriksaan biomedical data diperoleh hemoglobin 10,7, leukosit 14,35, trombosit 348, clinical

sign pada pasien yaitu rambut berwarna hitam keputihan tekstur rambut halus dan berekeriting, sclera non iterik, diit yang diperoleh pasien adalah nasi. Pasien mengatakan sering minum air putih dan mengonsumsi teh pasien mengatakan minum dengan jumlah 1.800 cc setiap harinya. Selama sakit pasien juga mengonsumsi air putih dan diselingi minum teh kurang lebih berjumlah 1.800 cc setiap harinya. Pasien terpasang infuse RL 20 tpm dibagian tangan kanan dan dalam setiap hari cairan infuse yang masuk sebanyak 1.500 ml. Pasien tidak ada keluhan demam, suhu tubuh pasien 36,5 derajat celsius.

3) Pola eliminasi

a. Eliminasi feses

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2x sehari yaitu pada pagi dan sore hari berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek dan padat, berbau khas, tidak ada darah dalam feses.

Selama sakit pasien mengatakan BAB tidak menentu dalam sehari, dan BAB dalam 2 hari sekali dengan warna kuning kecoklatan, pasien BAB pada siang hari dengan konsistensi lunak, tidak ada keluhan diare, karena pasien mengalami patah tulang pasien menggunakan pampers untuk menampung apabila ingin BAB, pasien tidak terpasang kantong kolostomi.

b. Pola BAK

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK sekitar 6-8x sehari berwarna kuning, berbau khas dengan jumlah 1.600 cc.

Selama sakit pasien dipasangkan kateter untuk membantu BAK. Urine berwarna kuning dengan produksi 600 cc/ 8 jam, tidak ada keluhan nyeri saat BAK.

4) Pola aktivitas dan latihan

a. Kegiatan dalam bekerja

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu rumah tangga dan melakukan pekerjaan rumah.

Selama sakit pasien mengatakan kegiatan sehari-hari dilakukan dengan berbaring di tempat tidur dan tidak melakukan kegiatan karena sulit menggerakkan kakinya.

b. Olahraga yang dilakukan

Sebelum sakit pasien mengatakan melakukan kegiatan berolahraga dengan melakukan jalan santai di waktu pagi hari selama 30 menit di lingkungan kompleks rumah. Dan menjalankan kegiatan rumah seperti menyapu, membersihkan lingkungan rumah, mencuci baju, mencuci piring semua kegiatannya dilakukan secara mandiri.

Selama sakit pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur.

c. Keluhan dalam melakukan aktifitas

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan atau kesulitan melakukan pergerakan tubuh untuk melakukan aktifitas. pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri seperti mandi, mengenakan pakaian, berdandan, makan, minum, pergi ke toilet, berpindah atau berjalan. Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2 kali dalam sehari dan dapat dilakukan secara mandiri. BAK 6-8 kali dalam sehari dan dilakukan secara mandiri tidak ada keluhan sesak nafas dalam melakukan aktifitas.

Selama sakit pasien mengatakan pergerakan tubuhnya terhambat karena dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan sulit bergerak sehingga seluruh aktifitasnya berada di tempat tidur. pasien mengatakan perawatan diri tidak bisa dilakukan secara mandiri dan dibantu oleh anggota keluarga dan perawat

seperti mandi, mengenakan pakaian, mandi dilakukan dengan bantuan keluarga pada waktu pagi dan sore hari menggunakan air hangat makan dan minum dibantu oleh keluarga sebagian pada saat mengambil makanan dan setelah itu makan dengan sendiri, pasien belum ke toilet karena belum bisa berjalan.

Selama sakit pasien mengatakan pergerakan tubuhnya terhambat karena dirawat di rumah sakit karena belum bisa bergerak, sehingga seluruh aktifitasnya berada di tempat tidur, saat pasien ingin melakukan bergerak pasien merasakan kelelahan.

5) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur sebelum pasien sakit yaitu dapat tertidur dengan nyenyak, tidak ada keluhan sulit tidur, pasien biasanya tidur di siang hari pada pukul 13.00 – 14.00 WIB. Pada waktu malam hari pasien tidur mulai pukul 20.00-04.00 WIB, dan bangun pada pukul 04.00 WIB untuk melakukan ibadah sholat subuh.

Selama sakit pasien mengeluh sulit tidur, tidurnya tidak nyenyak dan mudah terbangun, pasien mengatakan apabila di siang hari bisa tidur setelah minum obat, dan waktu di malam hari pasien mengatakan hanya tidur 3 jam saja, pasien mengatakan pola tidur berubah, merasa istirahatnya berkurang dan tidak bisa menikmati tidurnya.

6) Pola kognitif-preseptual sensori

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi, baik dari penglihatan, pendengaran, pengecap, dan perabaan, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, penglihatan, tidak menggunakan kacamata, kemampuan kognitif pada pasien masih dapat mengingat, berbicara, mampu memahami pesan dari lawan bicaranya, tidak ada kesulitan yang dialaminya, pasien mampu merasakan sensasi panas dan dingin yang diberikan. Semisal

diberikan teh hangat dan air putih yang dingin masih mampu dirasakan.

Selama sakit pasien mengatakan masih dapat melihat, mencium, membau, dan mendengar tanpa menggunakan alat bantu. Kemampuan kognitif pasien masih dapat mengingat, berbicara, mampu memahami pesan dari lawan bicaranya, tidak ada kesulitan yang dialaminya, pasien mampu merasakan sensasi panas dan dingin yang diberikan. Semisal diberikan teh hangat dan air putih yang dingin masih mampu dirasakan.

P : peningkatan nyeri saat melakukan pergerakan

Q : sifat nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian pangkal paha sebelah kanan

S : 4

T : Hilang timbul

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

a. Persepsi diri

Pasien mengatakan sakit yang dideritanya sebagai ujian dalam hidupnya dan pasien berharap setelah menjalani perawatan dapat segera pulih

b. Status emosi

Perasaan pasien saat dilakukan pengkajian yaitu kurang nyaman dengan kondisi yang dialaminya, karena pasien tidak dapat bergerak secara bebas karena nyeri yang dirasakan

c. Konsep diri

1) Citra tubuh

Pasien mengatakan agar kaki yang dioperasi bisa semula lagi, supaya tidak cacat sehingga dapat beraktifitas seperti semula lagi

2) Identitas

Pasien mengatakan puas sebagai perempuan dan sudah menjadi takdir Allah SWT, pasien bangga menjadi seorang ibu yang mampu mendidik anak dan menciptakan sifat anak yang perhatian dengan kondisinya sekarang.

3) Peran

Peran pasien dalam keluarga adalah sebagai seorang ibu rumah tangga yang memiliki 2 orang anak, pasien mampu menjalankan perannya sebagai ibu yang mempunyai rasa kasih sayang terhadap anaknya, ditunjukkan dari sikapnya.

4) Ideal diri

Harapan pasien terhadap kakinya yang mengalami patah tulang dapat pulih dan kembali seperti semula supaya bisa menjalankan perannya yaitu sebagai ibu rumah tangga.

Harapan pasien terhadap lingkungannya pasien dapat diterima oleh keluarganya dan harapan terhadap dirinya agar bisa menerima kenyataan bahwa dirinya sedang sakit dan berharap diberikan kesembuhan oleh Allah SWT.

5) Harga diri

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit dan tidak merasa rendah diri terhadap dirinya, karena yakin pasti sembuh dan keluarga sangat memperhatikan keadaannya.

8) Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien mengatakan dalam pengambilan keputusan selalu meminta pendapat keluarga, terutama pada anaknya, dan anaknya selalu ada disaat pasien ada masalah atau sedang sakit, pasien mengatakan apabila menghadapi masalahnya diselesaikan secara baik-baik yaitu dengan cara bermusyawarah dalam keluarga agar mendapatkan penyelesaian sesuai yang diharapkan, apabila ada masalah pasien ditemani oleh anaknya dan upaya untuk mengatasi masalahnya yaitu berusaha memecahkan masalahnya

untuk mencapai kesembuhan, pasien mengatakan ingin perawat membantunya.

Selama sakit pasien mengatakan dalam mengambil keputusan selalu meminta pendapat keluarga terutama pada anaknya, pasien mengatakan apabila terdapat masalah diselesaikan secara baik-baik dan melakukan musyawarah bersama untuk mendapatkan jalan keluar sesuai yang diinginkan, pasien mengatakan ingin perawat membantunya selama sakit dan menemaninya agar pasien merasa aman dan nyaman.

9) Pola seksual-reproduksi

Pasien mengatakan mengetahui fungsi seksual, pasien sudah menikah mempunyai dua orang anak berjenis kelamin laki-laki dan pasien berjenis kelamin perempuan, pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam melakukan hubungan seksual, pasien sudah tidak mengalami menstruasi saat ini pasien berusia 67 tahun, dan tidak ada kelainan atau penyakit pada sistem reproduksi.

10) Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Sebelum sakit pasien mengatakan masih mampu berkomunikasi dengan jelas, mampu mengekspresikan sesuai keadaannya, mampu mengerti orang lain atau lawan bicaranya, orang terdekat bagi pasien adalah anaknya yang lebih berpengaruh didalam hidupnya, pasien meminta bantuan pertama kali kepada anaknya, pasien tinggal dengan anaknya dan tidak ada kesulitan dalam keluarga, hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik.

Selama sakit pasien mengatakan hubungan dirinya dengan anggota keluarganya baik-baik saja, tidak ada masalah dalam berkomunikasi, biasanya pasien apabila ada masalah membutuhkan bantuan dari keluarganya.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Pasien menganut agama islam, sumber kekuatannya adalah Allah SWT, sebelum sakit pasien melaksanakan ibadah sholat 5 waktu

dalam sehari dan selama sakit pasien melakukan ibadah sholat dengan berbaring di atas tempat tidur, tidak ada keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang berhubungan dengan kesehatannya, tidak ada nilai keyakinan yang menyebabkan pertentangan dalam pengobatannya.

c. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran pasien adalah compomentis, penampilan pasien tampak lemah dan pucat, TTV (tanda-tanda vital) tekanan darah : 155/91 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 c, pernafasan 21x/menit. Kepala berbentuk bulat simetris, tidak ada luka dibagian kepala, tidak ada benjolan, kulit kepala bersih, rambut berwarna hitam keputihan, penyebaran rambut merata, tidak ada kotoran dirambut, tekstur rambut halus, rambut keriting. Mata simetris antara mata kanan dan mata kiri, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, terdapat kantung mata, masih bisa melihat benda dengan jelas, hidung simetris, hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, mampu mendengar, tidak ada serumen atau kotoran didalam telinga. Mulut dan tenggorokan, mulut simetris, tidak ada gangguan pembicaraan, bibir lembab berwarna merah kehitaman, gigi masih utuh, tidak ada gigi berlubang, warna gigi putih, tidak ada benjolan di leher tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri waktu menelan. Dada bagian jantung inspeksi ictus cardis tidak tampak, palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, perkusi bunyi pekak, auskultasi S1 dan S2 reguler tidak ada bunyi tambahan. Paru paru inspeksi bentuk dan pergerakan simetris, tidak ada lesi, RR 21x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan fremitus taktil teraba, perkusi bunyi sonor, auskultasi bunyi nafas vesikuler. Abdomen inspeksi tidak ada lesi, tidak ada luka, berwarna sawo matang, tidak ada kemerahan dan bentuk simetris, auskultasi terdengar peristaltik usus 18x/menit, perkusi bunyi tympani, palpasi tidak ada

nyeri tekan, tidak ada massa. Genetalia pasien terpasang kateter, tidak ada tanda infeksi, tidak ada hemoroid. Ekstremitas atas mampu menggerakkan tangan kanan dan kiri, terpasang infuse pada tangan kanan, kuku bersih, tangan kanan dan kiri kekuatan otot diskala 5. ekstremitas bawah kaki kanan lemah tidak mampu digerakan, kaki kanan kekuatan otot diskala 2 sedangkan kaki kiri di skala 5. Capillary refill kembali kurang dari 2 detik. Kemampuan berfungsi untuk semua ekstremitas tangan kanan dan kiri mampu digerakkan, kaki kanan lemah dan tidak bisa digerakkan, kaki kiri mampu untuk digerakkan. Pasien terpasang infuse pada tangan kanan, tidak ada infeksi pada daerah tusukan infuse, tidak ada nyeri tekan didaerah tusukan infuse. Kulit bersih, berwarna sawo matang, kulit lembab, turgor kulit elastis, tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan balutan luka bersih, tidak ada tanda infeksi pada luka.

d. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium di dapatkan hasil :

Pemeriksaan Laboratorium	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	10.7	11.17 - 15.5	g/dl
Hematokrit	32.1	33.0 - 45.0	%
Leukosit	14.35	3.60 – 11.00	ribu/ul
Trombosit	348	150 – 330	ribu/ul
PT	10.6	9.3 – 11.7	Detik
PT (Kontrol)	10.9	9.3 – 12.7	Detik
APTT	24.8	21.2 - 28.6	Detik
GDS	98	75 – 110	mg/dl
Urea	12	10 – 50	mg/dl
Creatinin	0,95	0.60 -1.10	mg/dl

2. Hasil pemeriksaan radiologi

a. Sebelum operasi

Hasil rontgen tampak fraktur collum femur dextra, sacroiliac dan coxae joint kanan dan kiri baik.

b. Setelah operasi

Terpasang protesa pada caput femur dextra 1/3 atas posisi baik.

3. Diit yang diperoleh yaitu nasi.

4. Terapi yang diberikan yaitu infuse RL 20 tpm, injeksi citicoline 2x1 250 mg, paracetamol 2x3 500 mg, ketorolac 2x1 30mg, neurobiane 2x1 dript diberikan melalui IV.

2. Analisa Data

Berdasarkan dari data pengkajian yang sudah dilaksanakan oleh penulis pada tanggal 18 januari 2022 untuk menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai data subjektif pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan pada kaki kanan.

P : Peningkatan nyeri saat melakukan pergerakan

Q : Ditusuk-tusuk

R : Pangkal paha sebelah kanan

S : 4

T : Hilang timbul

Dan data objektifnya adalah pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah. Hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu dengan suhu 36,5 derajat celcius, tekanan darah 155/91 mmHg, pernafasan 21 x/menit, nadi 80 x/menit.

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Masalah keperawatan yang muncul ditunjukkan adanya data subjektif yaitu pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kanan, pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan lemas saat bergerak,

pasien mengatakan cemas untuk bergerak. Dan untuk data objektifnya pasien tampak kekuatan otot menurun, pasien tampak lemah, pasien tampak gerakannya terbatas

Diagnosis ketiga adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Masalah keperawatan yang muncul ditunjukkan karena adanya data subjektif pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan hanya tidur 3 jam dalam sehari dikarenakan adanya rasa nyeri, pola tidur pada pasien berubah, aktivitas pasien menurun dan data objektifnya adalah pasien tampak kantung mata, pasien tampak mengantuk, pasien tampak lemah, pasien tampak lemah.

Diagnosis keempat adalah resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit Masalah keperawatan yang muncul ditunjukkan karena adanya data subjektif : pasien mengatakan kurang tahu menjaga kebersihan di bagian post operasi, data objektifnya : pada bagian post operasi terdapat luka jahitan. Kondisi luka jahitan belum kering dengan panjang jahitan 15 cm.

3. Diagnosis Keperawatan

Analisa data hasil diagnosis yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, diagnosis yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, diagnosis yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan diagnosis yang keempat yaitu resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit.

4. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul selanjutnya disusun rencana keperawatan sebagai tindak lanjut masalah keperawatan yang ditegaskan pada Ny.D.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik, pasien mampu mengontrol nyeri, pasien mengetahui penyebab yang menimbulkan rasa nyeri, dan pasien mampu menggunakan tindakan untuk pencegahan rasa nyeri yang muncul.

Intervensi keperawatan pertama yang dilakukan identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang rasionalnya adalah untuk mengantisipasi terjadinya rasa nyeri yang semakin bertambah. Intervensi keperawatan yang kedua yaitu identifikasi skala nyeri yang rasionalnya untuk membantu memantau perubahan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Intervensi keperawatan yang ketiga yaitu berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam yang rasionalnya adalah untuk membantu mengurangi rasa nyeri oleh pasien. Intervensi keperawatan yang keempat yaitu edukasi penyebab nyeri yang rasionalnya adalah untuk membantu pasien mengetahui apa saja yang dapat memicu rasa nyeri muncul. Intervensi keperawatan yang kelima yaitu kolaborasi pemberian analgetik yang rasionalnya adalah untuk membantu mengurangi rasa nyeri dalam bentuk obat yang diberikan oleh farmasi.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun. Intervensi keperawatan yang pertama dilakukan adalah identifikasi adanya nyeri dan melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada pasien yang rasionalnya adalah untuk mengetahui adanya nyeri dan melihat perubahan tanda-tanda vital yang terjadi pada pasien. Intervensi keperawatan yang kedua adalah melibatkan

keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan yang rasionalnya adalah untuk membantu meningkatkan proses latihan mobilisasi dini pada pasien dengan dampingan oleh perawat. Intervensi yang ketiga adalah jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi yang rasionalnya adalah untuk membantu pemahaman pada keluarga dan pasien bahwa melakukan mobilisasi itu penting untuk membantu pasien untuk melakukan pergerakan sehingga aktivitas pasien dapat dilakukan. Intervensi keperawatan yang keempat adalah ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan yang rasionalnya adalah untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak tercukupi menurun. Intervensi keperawatan yang pertama yang dilakukan adalah identifikasi faktor pengganggu tidur dengan rasionalnya adalah untuk mengetahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi sulit tidur pada pasien. Intervensi keperawatan yang kedua adalah modifikasi lingkungan dengan rasionalnya adalah untuk menciptakan lingkungan yang nyaman untuk tidur pasien, intervensi keperawatan yang ketiga adalah jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit yang rasionalnya adalah untuk memberikan informasi yang lebih kepada pasien mengenai tidur yang cukup untuk membantu mencukupi istirahatnya. Intervensi keperawatan yang keempat adalah menetapkan jadwal tidur rutin pasien yang rasionalnya adalah untuk membantu mengatur tidur pasien yang dibantu oleh perawat untuk menetapkan jadwal tidur pasien.

d. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil luka kering, luka bersih dengan intervensi keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala

infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka steril.

5. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang sudah disusun oleh penulis selanjutnya diaplikasikan dalam bentuk tindakan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan pada Ny.D untuk mengatasi diagnosis nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik pada tanggal 18 januari 2022 hari pertama pada pukul 14.20 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dengan respon subjektif : pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan nyeri pada bagian pangkal paha sebelah kanan, dan tidak bisa digerakan, P : nyeri pada bagian pangkal paha sebelah kanan, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : skala nyeri 4, T : Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul. Respon objektif pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, tanda-tanda vital tekanan darah 155/91 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 c, pernafasan 21x/menit, pada jam 14.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri respon pasien subjektif pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri data objektifnya pasien tampak lemas, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tanda-tanda vitalnya yaitu tekanan darah 155/91 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,5 c, pernafasan 21x/menit. Selanjutnya memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan latihan tarik nafas dalam pada pukul 14.35 WIB respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam, respon objektifnya pasien tampak kooperatif, pasien tampak nyaman, pasien mengikuti latihan yang diberikan. Selanjutnya penulis pada pukul 14.40 WIB mengedukasi penyebab nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan edukasi, respon objektifnya pasien tampak mengerti. Selanjutnya penulis pada pukul 14.50 WIB mengkolaborasi pemberian

analgesik ketorolac dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia, dengan respon objektifnya yaitu tampak diberikan injeksi analgesik ketorolac melalui intravena.

Diagnosis yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada pukul 14.54 WIB mengidentifikasi adanya nyeri dengan respon subjektif pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas (kaki kanan), pasien mengatakan cemas saat bergerak, P : pasien mengatakan nyeri bagian pangkal paha sebelah kanan, Q: ditusuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : 4, T : hilang timbul, respon obyektif pasien tampak lemah, pasien tampak gelisah. Selanjutnya penulis melibatkan keluarga untuk membantu dalam meningkatkan mobilisasi pada pukul 15.00 WIB dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk berlatih dibantu oleh keluarga untuk melakukan pergerakan, keluarga mengatakan bersedia untuk mendampingi hasilnya pasien tampak senang dan keluarga tampak mendampingi, selanjutnya pada pukul 15.10 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan repon subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk diberikan arahan informasi, dengan respon objektifnya pasien tampak paham. Selanjutnya pada pukul 15.15 WIB penulis mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan bersedia diajarkan mobilisasi dengan respon objektifnya pasien tampak kooperatif.

Diagnosis yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yaitu pada pukul 15.25 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektif pasien mengatakan terasa nyeri ketika tidur, respon objektifnya pasien tampak mengantuk, pasien tampak menguap, pasien tampak kantung mata. Selanjutnya penulis memodifikasi lingkungan pada pukul 15.30 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa tidur, pasien mengatakan bersedia diatur lingkungannya saat mau tidur hasilnya pasien tampak nyaman. Selanjutnya penulis menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit pada

pukul 15.38 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan pasien mengatakan bersedia diberikan informasi, respon objektif pasien tampak paham dan perawat tampak menjelaskan. Selanjutnya penulis menetapkan jadwal tidur rutin pada pukul 15.45 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan ingin dibuatkan jadwal tidur dan respon objektifnya pasien tampak kooperatif dan senang.

Diagnosis keempat resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit pada pukul 15.48 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif pasien mengatakan bahwa pada bagian yang mengalami patah tulang dilakukan operasi pembedahan dan terdapat luka jahitan pada bagian operasi, respon objektifnya mengamati pada sekitar jahitan luka yang mengalami patah tulang. Balutan luka terlihat kering dan tidak merembes belum ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan bengkak. Selanjutnya penulis mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien pada pukul 15.52 WIB dengan respon subjektifnya mahasiswa mengatakan sebelum kontak dengan pasien melakukan cuci tangan terlebih dahulu untuk mengurangi terjadinya infeksi, respon objektifnya mahasiswa terlihat cuci tangan 6 langkah menggunakan air yang mengalir dan sabun. Selanjutnya penulis menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pukul 15.55 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk diberikan informasi mengenai luka jahitan pada dirinya, dan respon objektifnya pasien terlihat paham dan mengerti. Selanjutnya penulis memberikan perawatan luka streril pada pukul 15.58 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan perawatan luka pada esok hari, dan respon objektifnya pasien terlihat berbaring di tempat tidur.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 19 januari 2022 dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pukul 08.50 WIB melakukan pengkajian nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan masih terasa nyeri P : Nyeri post operasi fraktur saat bergerak, Q : ditusuk-tusuk, R : pangkal paha

kanan, S : 4, T : hilang timbul, respon objektif pasien tampak gelisah dan pasien tampak meringis. Selanjutnya pada pukul 09.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan respon objektifnya pasien tampak kooperatif, pasien tampak nyaman. Pada pukul 09.05 WIB mengkolaborasi pemberian analgesik ketorolac dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia dan respon objektifnya analgesik ketorolac masuk melalui intravena.

Diagnosis yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada pukul 09.12 WIB mengidentifikasi adanya nyeri dengan respon subjektifnya pasien mengatakan masih terasa nyeri, P : nyeri post operasi fraktur saat bergerak, Q: ditusuk-tusuk, R : pangkal paha kanan, S : 3, T : hilang timbul dan hasil objektifnya pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pada pukul 21.15 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi dengan respon subjektifnya pasien mengatakan ingin didampingi oleh keluarga dan respon objektifnya pasien tampak senang didampingi keluarga. Pada pukul 09.20 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan respon subjektifnya pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan bersedia diajarkan mobilisasi dan hasil objektifnya pasien tampak kooperatif.

Diagnosis yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur pada pukul 09.27 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektifnya pasien mengatakan masih nyeri saat mau tidur, dan respon objektifnya pasien tampak mengantuk, pasien tampak kantung mata. Selanjutnya penulis memodifikasi lingkungan pada pukul 09.34 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia diatur lingkungannya saat tidur dan hasil respon objektifnya pasien tampak tirai kamar ditutup, pasien tampak nyaman. Selanjutnya pada pukul 09.40 WIB penulis menjelaskan pentingnya tidur selama sakit dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia menerima informasi, dan hasilnya pasien tampak paham.

Diagnosis keempat resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit pada pukul 09.45 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektifnya pasien mengatakan terdapat luka jahitan bekas operasi pada bagian yang mengalami patah tulang, respon objektifnya mengamati luka jahitan pada bagian setelah operasi. Selanjutnya penulis mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan respon subjektifnya mahasiswa mengatakan sebelum kontak dengan pasien melakukan cuci tangan terlebih dahulu, respon objektifnya terlihat melakukan cuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir. Pada pukul 09.48 WIB memberikan perawatan luka steril dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan ganti balut dan respon objektifnya luka terlihat mau kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan waktu melakukan ganti balut tidak ada nanah yang keluar, balutan luka lembab dan ditutup menggunakan balutan yang kering.

Implementasi hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 20 Januari 2022 dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pukul 20.50 WIB melakukan pengkajian nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri sudah lebih berkurang P : nyeri post operasi fraktur saat bergerak, Q : ditusuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul dan respon objektifnya pasien tampak tersenyum, pasien tampak tenang, pasien tampak nyaman. Selanjutnya penulis mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam pada pukul 21.00 WIB dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik relaksasi dan respon objektifnya pasien tampak melakukan tarik nafas dalam, pasien tampak kooperatif. Selanjutnya penulis mengkolaborasi pemberian analgesik pada pukul 21.05 WIB dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia dan respon objektifnya analgesik ketorolac masuk melalui intravena

Diagnosis kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu mengidentifikasi adanya nyeri pada pukul 21.10 WIB dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang P : nyeri post

operasi saat bergerak, Q : ditusuk-tusuk, R : pangkal paha kanan, S : 2, T : hilang timbul dengan respon objektifnya pasien tampak tenang, tidak tampak sendi kaku. Selanjutnya pada pukul 21.20 WIB penulis mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan respon subjektifnya pasien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang dan bersedia diajarkan mobilisasi dengan respon objektifnya pasien tampak kooperatif, pasien tampak ditempat tidur dengan posisi semi fowler untuk membantu latihan duduk.

Diagnosis yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur yaitu pada pukul 21.30 WIB penulis mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur karena nyeri sudah berkurang dengan hasil objektifnya pasien tampak segar. Selanjutnya pada pukul 21.35 WIB penulis memodifikasi lingkungan dengan respon subjektifnya pasien mengatakan bersedia dan hasilnya tirai kamar tampak tertutup dan pasien tampak nyaman untuk tidur.

Diagnosis yang keempat yaitu resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit pada pukul 21.40 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektifnya pasien mengatakan luka pada jahitan terasa gatal, pasien mengatakan sudah dilakukan ganti balut luka respon objektifnya luka terlihat mau kering dan tidak ada tanda gejala infeksi seperti kemerahan dan bengkak.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 18 januari 2022 pada pukul 21.00 WIB.

Dari hasil implementasi diagnosis pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan evaluasi subjektif pada pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan nyeri pada bagian pangkal paha sebelah kanan, P: nyeri post operasi fraktur saat bergerak, Q: ditusuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : 4,T : hilang timbul. Evaluasi

objektif pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak lemas, hasil dari monitor TTV yaitu tekanan darah 150/91 mmHg, suhu 36,5 derajat celcius, RR : 23x/menit, nadi 90x/menit. maka disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pengkajian nyeri, ajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan kolaborasi pemberian analgesik.

Evaluasi diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu evaluasi subjektif pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas (kaki kanan), pasien mengeluh cemas dan nyeri. Evaluasi objektifnya pasien tampak lemah, pasien tampak pergerakannya terbatas. Kesimpulannya masalah belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi identifikasi nyeri, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana.

Evaluasi diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yaitu evaluasi subjektif pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan aktifitas menurun, pasien mengatakan pola tidur berubah dengan hasil evaluasi objektif pasien tampak mengantuk, pasien tampak menguap, pasien tampak kantung mata. Kesimpulannya bahwa masalah belum teratasi dan penulis lanjutkan intervensi identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, tetapkan jadwal tidur rutin.

Evaluasi diagnosis resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan sudah mengerti dan paham mengenai perawatan luka saat dirumah nanti dan tanda gejala infeksi. Evaluasi objektif pasien terlihat berbaring di tempat tidur dengan menjelaskan kembali bagaimana cara melakukan perawatan luka dan apa saja yang dapat mempercepat penyembuhan luka terutama pada makanannya. Kesimpulannya resiko infeksi berhubungan dengan penyakit masalah teratasi dan penulis mempertahankan intervensi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 19 januari 2022 pada

pukul 14.00 WIB

Evaluasi diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan masih terasa nyeri. P : nyeri post op fraktur saat digerakkan, Q : ditusuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : 4, T : hilang timbul. Evaluasi objektif pasien tampak meringis, pasien tampak sedikit tenang, pasien tampak gelisah, hasil dari monitor TTV yaitu tekanan darah 140/80 mmHg, suhu 36,5 derajat celsius, RR : 20x/menit, nadi 85x/menit. Kesimpulannya yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pengkajian nyeri, ajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam, dan kolaborasi pemberian analgesik

Evaluasi diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan bisa bergerak namun terbatas. Evaluasi objektif pasien mengatakan berani menggerakkan kaki. Kesimpulannya bahwa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan nyeri saat bergerak belum teratasi dan penulis merencanakan lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri, melibatkan keluarga membantu mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Evaluasi diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur dan terkadang masih terbangun. Evaluasi objektifnya pasien tampak sedikit segar, pasien tampak berbaring ditempat tidur. Kesimpulannya bahwa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur masalah belum teratasi dan penulis berencana untuk melanjutkan intervensi identifikasi pengganggu tidur, modifikasi lingkungan.

Evaluasi diagnosis resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan luka jahitan terasa gatal. Evaluasi objektifnya pasien terlihat ingin menggaruk karena luka jahitan

terasa gatal namun diberi tahu perawat bahwa rasa gatal tersebut dikarenakan proses penyembuhan luka, pasien terlihat paham. Kesimpulannya masalah teratasi dan pertahankan intervensi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 21 Januari 2022 pada pukul 07.00 WIB.

Evaluasi diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang. P : nyeri post op fraktur saat digerakkan, Q : ditsuuk-tusuk, R : pangkal paha sebelah kanan, S : 2, T : hilang timbul. Evaluasi objektif pasien tampak lebih tenang, pasien tampak lebih nyaman, hasil pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg suhu : 36,3 c, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit. Kesimpulannya bahwa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri masalah teratasi dan hentikan intervensi.

Evaluasi diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan bergerak mandiri dan dibantu keluarga. Evaluasi objektif pasien tampak bergerak, tidak tampak sendi kaku, pasien tampak bisa miring ke kiri, kekuatan otot meningkat dibanding sebelum latihan. Kesimpulannya bahwa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan nyeri saat bergerak teratasi dan penulis menghentikan intervensi

Evaluasi diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak, pasien mengatakan sudah bisa mengontrol tidur karena nyeri berkurang. Evaluasi objektif pasien tampak tersenyum, pasien tampak nyaman, pasien tampak duduk diatas tempat tidur dibantu keluarga, tidak tampak kantung mata. Kesimpulannya bahwa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur masalah teratasi dan penulis menghentikan intervensi.

Evaluasi diagnosis resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan luka jahitan sudah tidak terasa gatal. Evaluasi objektif luka terlihat mau mengering tidak ada tanda-tanda infeksi. Kesimpulannya masalah teratasi dan hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini membahas asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus post operasi *fraktur collum femur* pada Ny.D di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. Penulis melakukan pengkajian pada pasien dan melanjutkan untuk melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari.

Asuhan keperawatan ini diberikan perawat kepada pasien dengan melakukan pengkajian data melalui wawancara, observasi dan melihat data rekam medik keperawatan, menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan tindakan diberikan. Proses dalam membuat asuhan keperawatan memiliki komponen yang saling berhubungan yaitu :

A. Pengkajian keperawatan

Dalam melakukan pengkajian keperawatan penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, dan pengkajian harus dilakukan lebih dalam untuk melengkapi data sehingga membuat data tersebut menjadi komprehensif. Pada pengkajian keperawatan penulis belum menyantumkan tanggal dilakukannya pengkajian dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil leukosit 14.35 ribu/ul untuk membantu menegaskan diagnosis resiko infeksi. Pada pengkajian riwayat kesehatan lingkungan penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan tentang kebersihan lingkungan dan bahaya yang dapat muncul yang berpengaruh terhadap kondisi pasien. Pada pola eliminasi penulis belum mencantumkan adanya perubahan dalam BAB. Pada pola BAK seharusnya pasien mencantumkan urine yang keluar dan berapa cc dalam setiap berapa jamnya, pasien yang mengalami fraktur menggunakan kateter sangat penting, karena pasien yang mengalami fraktur *collum femur* terhambat dalam mobilitas dan aktifitasnya, dan pemasangan kateter ini berfungsi untuk membantunya dalam BAK. Untuk memperdalam pembuatan asuhan keperawatan seharusnya penulis menambahkan perawatan

personal hygiene dikarenakan terdapat kasus gangguan mobilitas fisik pemenuhan kebutuhan personal hygiene tidak bisa dilakukan secara mandiri oleh pasien. Perawatan personal hygiene yaitu tindakan untuk menjaga kebersihan guna untuk mewujudkan dan mempertahankan kesehatan. Personal hygiene yang dilakukan kepada pasien yaitu mengganti pampers dua kali dalam sehari, kemudian untuk menjaga kebersihan tubuh dengan membantu mandi atau biasa yang disebut dengan sibin dua kali dalam sehari pada waktu pagi dan sore hari dan menggantinya baju pasien. Perawatan area genitalia yang terpasang oleh kateter dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi dan untuk menjaga kebersihan. Pelaksanaan personal hygiene pada pasien harus diperhatikan dan perlu dilakukan karena pemeliharaan kebutuhan personal hygiene dapat meningkatkan rasa nyaman pasien sehingga pada kondisi pasien yang mempunyai keterbatasan dalam pergerakan perlu membutuhkan dalam pemenuhan kebutuhan tersebut. Pada pola kognitif-perseptual sensori penulis menuliskan “P : nyeri saat melakukan pergerakan” seharusnya penulis menuliskan “P : nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat pasien terlentang atau tidak melakukan pergerakan. Penilaian nyeri dilakukan menggunakan metode PQRST, Provoking Incident : apakah terjadi peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri. Apakah ada perubahan apabila pasien beristirahat, apakah nyeri bertambah apabila pasien melakukan pergerakan atau aktivitas, Quality of Pain : seperti apa nyeri yang dirasakan oleh pasien, apakah seperti tertusuk atau menusuk, terbakar, menjalar, dan letak nyeri itu terjadi, Severity : seberapa rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien yang menerangkan tentang skala nyeri, Time : lamanya nyeri yang berlangsung, kapan rasa nyeri itu muncul, apakah nyeri tersebut bertambah atau berkurang pada pasien (Madenski, 2014).

Dari hasil data pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis pada Ny.D yaitu pasien berusia 67 tahun. Masa lanjut usia adalah menjadi faktor resiko terjadinya *fraktur collum femur*, pada masa lanjut usia antara usia 55-

80 tahun akan mudah terjadi. Penyebab yang serius pada lansia karena kecelakaan ataupun tulang yang sudah mulai mengerosi yang bisa menyebabkan kelemahan sehingga dapat terjatuh dan cidera akibat adanya benturan yang keras ketika terjatuh (Perwiraputra et al., 2017). Keluhan nyeri yang dialami oleh pasien pada bagian setelah operasi fraktur menjadi penyebab pasien sulit untuk bergerak sehingga dapat menyebabkan sendi menjadi kaku (Igiany, 2019).

B. Diagnosis keperawatan

Berikut penulis akan membahas masing-masing diagnosis keperawatan pada Ny.D.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut yaitu kejadian sensori dan emosional akibat dari kehancuran pada jaringan yang tidak menyenangkan baik potensial ataupun aktual yang digambarkan dalam hal kerusakan (Bahrudin, 2018). Menurut SDKI nyeri akut merupakan sensasi terjadinya kerusakan jaringan aktual ataupun fungsional berupa emosional atau sensori dengan intensitas ringan hingga berat dan bereaksi secara perlahan serta terjadi kurang dari 3 bulan. **Diagnosis nyeri akut** menurut PPNI (2016), problem atau masalahnya sudah tepat dan untuk penyebab adalah agen pencedera fisik, hal ini juga sudah sesuai dengan SDKI.

Diagnosis keperawatan nyeri akut ditegakkan diagnosis tersebut karena didapatkan data pada Ny.D dengan post op fraktur collum femur pada data subjektifnya : pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan pada kaki kanan, pasien mengatakan nafsu makan menurun akan tetapi tetap makan sedikit dan sering. Data yang didapatkan juga berdasarkan pengkajian nyeri PQRST yaitu P : peningkatan nyeri saat melakukan pergerakan, Q : Ditusuk-tusuk, R : Pangkal paha sebelah kanan, S : Skala nyeri 4, T : Hilang timbul. Data objektifnya pasien terlihat lemas, pasien terlihat menghindari dari rasa nyeri dengan berposisi dengan berhati-hati, pasien terlihat meringis,

pasien terlihat gelisah dan menahan nyeri, monitor tanda-tanda vital yang didapatkan pada pasien yaitu suhu 36,5 derajat celcius, tekanan darah 155/91 mmHg, pernafasan 21 x/menit, nadi 80 x/menit. Data tersebut telah memenuhi 80% kriteria mayor (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan yang diangkat menjadi diagnosis utama adalah nyeri akut karena menurut Heraki Maslow nyeri merupakan kebutuhan keselamatan dan keamanan. Keselamatan dan keamanan adalah keselamatan dan rasa aman nyaman dari aspek biologis maupun fisiologis, dan kebutuhan ini menjadi salah satu syarat yang utama. Apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi maka dapat menyebabkan kebutuhan istirahat tidur dan kebutuhan nutrisi tidak mampu terpenuhi (Sari & Dwiarti, 2018).

Menurut PPNI, (2016) penulis menetapkan diagnosis ini menjadi diagnosis utama atau prioritas karena nyeri adalah faktor yang dapat menjadikan seluruh jaringan menyebabkan terjadinya kerusakan sehingga apabila nyeri terjadi dan tidak diatasi akan menimbulkan perubahan pada jaringan bahkan dapat menyebabkan kehilangan jaringan yang normal.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik yaitu terbatasnya dalam gerakan fisik satu arah atau lebih ekstremitas (PPNI, 2016). Keterbatasan pergerakan fisik dari satu arah atau lebih ekstremitas secara mandiri, sesuai dengan tingkatannya adalah Tingkat 0 : mandiri, tingkat 1 : memerlukan alat bantu atau penggunaan peralatan bantu, tingkat 2 : memerlukan bantuan atau pengawasan dari orang lain, tingkat 3 : memerlukan bantuan dari orang lain atau alat bantu, tingkat 4 : ketergantungan dalam melakukan aktivitas. Adapun data mayor diagnosis gangguan mobilitas yaitu data subjektifnya mengeluh menggerakkan ekstremitas, dan data objektifnya kekuatan otot menurun, rentang gerak atau ROM menurun.

Menurut Wilkonson & Ahem (2013) gangguan mobilitas fisik

adalah keterbatasan dalam melakukan aktivitas, kesulitan untuk memposisikan tubuh, penurunan aktivitas, kemampuan untuk melakukan motorik, keterbatasan rentang pergerakan sendi, tremor yang diinduksi oleh pergerakan. Problem atau masalah pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik ini ditegakkan dengan etiologi nyeri dan sudah tepat karena menurut PPNI (2016) terdapat batasan karakteristik sebagai berikut : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat melakukan pergerakan, enggan melakukan pergerakan, rasa cemas saat memulai pergerakan, kekakuan pada sendi, gerakan yang terbatas dan fisik yang mengalami kelemahan.

Penulis menegakkan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik karena sudah memenuhi 80% data mayor menurut (PPNI, 2016). Data yang ditemukan pada pasien yaitu data subjektif : pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan, pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan lemas saat bergerak, pasien mengatakan cemas saat bergerak. Data objektif : pasien tampak lemah, pasien tampak gerakannya terbatas, kemampuan mobilitas (miring) : 2, duduk : 2, mandi : 4, berpakaian : 2. Maka dari itu penulis selalu melihat perubahan gerak pada ekstremitas dan pengaruh nyeri yang dirasakan oleh pasien ketika melakukan pergerakan sehingga dapat dilakukan analisa tentang tingkat perubahan pasien dalam peningkatan aktivitas atau melakukan gerak.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Gangguan pola tidur yaitu gangguan kualitas waktu tidur akibat faktor luar yang dialami oleh pasien (PPNI, 2016). Menurut SDKI diagnosis gangguan pola tidur pada pasien yang sedang mengalami nyeri, penulis menegakkan diagnosis menjadi diagnosis ketiga karena sudah memenuhi 90% data mayor dan telah tepat penyebabnya karena didapatkan data pada pasien sulit tidur karena tidak dapat mengontrol rasa nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan pola tidur berubah.

Berdasarkan data pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis, maka diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur dapat ditegakkan secara tepat yaitu berhubungan dengan rasa nyeri pada pasien yang tidak dapat dikontrol sehingga menyebabkan sulit tidur (PPNI, 2016).

4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit

Resiko infeksi merupakan resiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenis (PPNI, 2016).

Infeksi yaitu masuknya mikroorganisme yang membelah diri di jaringan tubuh dapat menyebabkan peradangan (Dorland, 2012). Faktor resiko infeksi yaitu adanya prosedur invasif. Diagnosis resiko infeksi diangkat penulis sebagai diagnosis keperawatan yang keempat dikarenakan menurut Hierarki Maslow keselamatan dan keamanan dibutuhkan untuk perlindungan diri agar tidak terjadi infeksi. Oleh karena itu untuk upaya dalam menjaga kebersihan dan perawatan luka pada bagian post operasi harus lebih ditingkatkan dengan menggunakan sistem perawatan luka secara steril untuk menghindari mikroorganisme masuk kedalam luka ataupun bekas luka operasi.

Diagnosis ditegakkan oleh penulis karena didapatkan data subjektif yaitu : pasien mengatakan kurang tahu menjaga kebersihan di bagian post operasi, data objektifnya : pada bagian post operasi terdapat luka jahitan. Keadaan luka operasi pada hari pertama luka jahitan terlihat rapi, tidak ada luka jahitan yang terlepas, tidak ada tanda infeksi, panjang luka jahitan adalah 15 cm. Keadaan luka jahitan pada hari kedua yaitu terlihat mau mengering, tidak ada tanda infeksi pada daerah luka jahitan. Luka jahitan pada hari ketiga keadaan luka jahitan sudah mulai mengering dan jahitan luka rapi karena tidak ada yang terlepas dan tidak ada tanda dan gejala infeksi.

C. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan yaitu suatu rencana terapi yang dilakukan perawat ke pasien sesuai standar intervensi keperawatan yang telah sesuai (PPNI, 2018).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi dalam tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pada intervensi yang ditegakkan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri dengan tujuan agar pasien dapat mengontrol nyeri. Penulisan tujuan seharusnya menggunakan dengan kriteria SMART. Kriteria hasil yang didapatkan seharusnya: tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik, tujuan dan kriteria hasil tersebut sudah sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (PPNI, 2018).

Intervensi yang ditegakkan oleh penulis antara lain : identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik (PPNI, 2018). Kaji nyeri pada pasien memiliki tujuan untuk perawat melakukan evaluasi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik pengkajian nyeri menggunakan PQRST (Madenski, 2014). Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam yaitu teknik tarik nafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan-lahan. Tarik nafas dalam ini berfungsi untuk membantu merilekskan tubuh sehingga dapat membantu mengurangi rasa nyeri (Lela & Reza, 2018).

Melakukan edukasi penyebab nyeri yang rasionalnya supaya pasien dapat mengetahui apa saja yang menyebabkan nyeri atau yang memunculkan rasa nyeri. Dalam memberikan edukasi ini menambah

pengetahuan pada pasien dan agar dapat mengaplikasikan pengetahuannya tersebut. Dalam pemberian analgetik dengan kolaborasi dari pihak farmasi dengan rasionalnya adalah sebagai obat pengurang rasa nyeri sesuai dengan resep dan dosis dari dokter (Andri et al., 2020).

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Intervensi yang diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keberhasilan pada pasien dalam melakukan mobilisasi dengan melakukan pergerakan pada bagian ekstremitas, meningkatkan kekuatan otot. Intervensi yang ditegakkan oleh penulis antara lain : identifikasi adanya nyeri dan melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan (PPNI, 2018).

Mobilisasi dini merupakan kegiatan yang dilakukan pada pasien setelah pembedahan untuk mengurangi resiko komplikasi karena pembedahan. Libatkan keluarga untuk membantu mobilisasi mempunyai rasional yaitu supaya peran dari keluarga dapat membantu memberikan semangat dan motivasi agar pasien mampu untuk melakukan pergerakan sehingga tidak terjadi kekakuan pada sendi. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi mempunyai tujuan yaitu untuk sumber informasi kepada pasien dan keluarga supaya dapat mengetahui tentang mobilisasi dini pada saat melakukan latihan sampai dengan akhir latihan. Ajarkan mobilisasi dini secara sederhana terlebih dahulu yang harus dilakukan mempunyai rasional yaitu agar pasien berlatih bergerak untuk membantu meningkatkan aktivitas pasien dengan cara latihan miring kanan atau kiri, latihan rentang gerak pasif setelah pembedahan (Lela & Reza, 2018).

Pemberian edukasi pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik harus diberikan untuk membantu proses penyembuhannya terutama pada luka jahitan karena pasien tidak boleh terlalu memperbanyak gerakan agar jahitan tidak lepas. Edukasi yang diberikan

kepada pasien yaitu memberi pemahaman tentang keterbatasan gerakanya, apabila pasien melakukan banyak gerak bahkan kurang berhati-hati maka dapat menyebabkan kondisi jahitan dapat terlepas akibat dari itu dapat memperlambat proses penyembuhannya sehingga harus kembali lagi untuk mendapatkan perawatan ulang, selain itu juga harus menambahkan edukasi selama mobilisasi agar tidak terjadi delayed union dan non union. Delayed union yaitu proses penyembuhan yang memerlukan waktu lama pada kasus fraktur. Non union adalah kondisi gagalnya atau komplikasi patah tulang atau proses penyembuhan patah tulang terhenti sama sekali (Inra et al., 2019).

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan oleh penulis yaitu keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak tercukupi menurun, hal ini sudah sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (PPNI, 2018). Intervensi yang dilakukan dalam tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keberhasilan pada pasien untuk mengontrol tidur.

Menurut PPNI (2018) penulis menyusun rencana keperawatan untuk mengatasi gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh tidur dengan intervensi keperawatan yang pertama yang dilakukan adalah identifikasi faktor pengganggu tidur dengan rasionalnya adalah untuk mengetahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi sulit tidur pada pasien. Intervensi keperawatan yang kedua adalah modifikasi lingkungan dengan rasionalnya adalah untuk menciptakan lingkungan yang nyaman untuk tidur pasien (Hidayat & Mumpuningtias, 2018). Intervensi keperawatan yang ketiga adalah jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit yang rasionalnya adalah untuk memberikan informasi yang lebih kepada pasien mengenai tidur yang cukup untuk membantu mencukupi istirahatnya. Intervensi keperawatan yang keempat adalah menetapkan jadwal tidur rutin pasien

yang rasionalnya adalah untuk membantu mengatur tidur pasien yang dibantu oleh perawat untuk menetapkan jadwal tidur pasien.

4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit

Penulis membuat rencana keperawatan bersifat mandiri maupun berkolaborasi dalam menangani pasien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kemerahan menurun, bengkak menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka steril. Perawatan luka steril harus dilakukan dikarenakan untuk mencegah terjadinya infeksi ataupun masuknya mikroorganisme masuk dan menjadikan proses penyembuhan luka menjadi lama ataupun pada saat melakukan perawatan luka diperlukan dengan segera yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi sehingga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan luka secara alami (Kurniasih, 2012).

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah proses melakukan pelaksanaan tindakan sesuai susunan perencanaan keperawatan yang diberikan ke pasien sesuai dengan kebutuhan, pemulihan kesehatan kondisi pasien dengan mengikutsertakan anggota keluarga (Napitu, 2020).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Rencana keperawatan telah dibuat oleh penulis yaitu melakukan implementasi pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik.

Pemberian terapi relaksasi tarik nafas dalam dapat dilakukan pasien dengan mandiri atau tanpa bantuan orang lain, latihan tarik nafas dalam ini membuktikan banyak manfaatnya yaitu membantu memberikan ketenangan dan dapat menurunkan tekanan darah pada pasien (Inra et al., 2019).

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh pasien penulis dapat melakukan semuanya dikarenakan pasien mampu melakukannya dengan kooperatif, tampak memperhatikan dengan serius dari penjelasan yang telah diberikan kepada pasien. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri. Dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh penulis. Implementasi yang dilakukan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik nyeri yaitu identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Rencana keperawatan yang telah ditetapkan penulis, tindakan keperawatan yang sudah diberikan yaitu identifikasi adanya nyeri dan melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan. Dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh penulis. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu membantu latihan mobilisasi dini dengan melibatkan keluarga agar tindakan yang diberikan kepada pasien dapat tercapai, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Latihan mobilisasi merupakan latihan penting setelah pembedahan sebagai tahap awal pemulihan agar pasien dapat meningkatkan pergerakan dan

aktivitasnya sehingga mengurangi resiko komplikasi yang tidak dingin serta membantu untuk melancarkan sirkulasi darah. Selama tindakan keperawatan penulis mampu memberikan mobilisasi dini pada pasien dibuktikan dengan pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap pada Ny.D selama tindakan keperawatan. Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien bersemangat dalam melakukan latihan ROM dengan dampingan keluarganya karena pasien berharap supaya segera sembuh.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Berdasarkan rencana keperawatan telah ditetapkan penulis, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menetapkan jadwal tidur rutin pada pasien. Adapun faktor pendukung penulis dalam melakukan tindakan yaitu pasien kooperatif, dan lingkungan pasien nyaman karena tidak banyak pengunjung ke rumah sakit sehingga selama tindakan keperawatan penulis mampu melakukan semua dikarenakan pasien mau melakukan dan kooperatif, mengikuti dan memahami sesuai anjuran dari perawat.

4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit

Berdasarkan rencana keperawatan yang telah ditetapkan penulis tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan luka steril. Faktor pendukung dalam melakukan perawatan luka steril yaitu pasien selalu bersedia untuk dilakukan balutan luka pada jam yang berbeda sehingga penulis dapat melakukan perawatan ganti balut dengan sistem steril dengan dampingan perawat dan pasien kooperatif.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu tahap terakhir dalam asuhan keperawatan mengenai kondisi kesehatan pasien dengan ketetapan tujuan, evaluasi keperawatan melibatkan perawat dengan pasien untuk menilai tindakan keperawatan yang digunakan untuk pemenuhan pasien secara optimal dari proses keperawatan yang ada (Damanik, 2019).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Implementasi keperawatan selama tiga hari evaluasi keperawatan yang didapatkan penulis untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik masalah teratasi, pertahankan intervensi dilanjut dengan pemantauan pada pasien untuk mengetahui kondisi pasien dari diagnosis yang telah ditegakkan. Evaluasi yang telah dilakukan selama tiga hari data tersebut sudah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Implementasi selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan dan dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami kemajuan dalam proses penyembuhannya, yang dilihat dari data subjektif dan objektif pada pasien. Proses dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama tiga hari cukup efektif dalam kasus tersebut. Dalam melakukan tindakan keperawatan penulis melakukan secara bertahap dalam memberikan asuhan keperawatan dan peran keluarga serta perawat sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan pada pasien. Sehingga hasil dari evaluasi keperawatan adalah masalah teratasi dan pertahankan intervensi. Evaluasi yang telah dilakukan selama tiga hari data tersebut sudah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Implementasi selama tiga hari evaluasi yang didapatkan oleh

penulis bahwa masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi, karena ditemukan data pada pasien yang mengatakan sudah bisa tidur cukup dan dapat menerapkan jadwal tidur rutin yang telah dibuat perawat dengan kesepakatan pasien. Hasil dari evaluasi keperawatan pada diagnosis gangguan pola tidur bahwa masalah teratasi tujuan tercapai dan pertahankan intervensi keperawatan telah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis.

4. Resiko infeksi ditandai dengan proses penyakit

Implementasi keperawatan selama tiga hari evaluasi yang didapatkan oleh penulis pada diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit dilakukan evaluasi subjektif pasien mengatakan luka jahitan sudah tidak terasa gatal. Evaluasi objektif luka terlihat mau mengering tidak ada tanda-tanda infeksi. Kesimpulannya masalah teratasi dan pertahankan intervensi. Hasil dari evaluasi selama tiga hari data tersebut sudah dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil dari studi kasus yang sudah diberikan secara langsung oleh penulis pada Ny. D di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang dengan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *fraktur collum femur* mengeluh nyeri dan sulit untuk melakukan pergerakan pada bagian yang mengalami patah tulang, proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi dengan hasil kesimpulan sebagai berikut :

1. *Fraktur collum femur* adalah patah tulang yang terjadi pada bagian ekstremitas bawah karena terputusnya susunan tulang dari *collum femur* yang terletak pada ujung permukaan artikuler *caput femur* dengan *regio interthrocanter*. *fraktur collum femur* sering terjadi pada lanjut usia yang disebabkan oleh faktor patologis karena adanya pengeroposan tulang dan dapat terjadi karena adanya trauma.
2. Pengkajian keperawatan
Untuk mendapatkan data pasien untuk melengkapi asuhan keperawatan maka diperlukan pengkajian meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab, status kesehatan, riwayat kesehatan lalu, riwayat kesehatan keluarga, pengkajian pola fungsi, pengkajian fisik pada pasien. Fokus pengkajian pada fraktur antara lain aktivitas dan latihan, pola kognitif-preseptual sensoris, pola istirahat dan tidur. Pengkajian yang sudah dilakukan kepada pasien didapatkan data pada pasien yaitu pasien mengeluh nyeri, keterbatasan gerak pada ekstremitas bawah, gangguan pola tidur yang terjadi pada pasien dan terjadinya resiko infeksi pada bagian luka setelah operasi.
3. Diagnosis keperawatan
Diagnosis merupakan masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

Berdasarkan keluhan yang dialami oleh pasien maka diagnosa keperawatannya yang muncul setelah pengkajian meliputi, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur dan resiko infeksi.

4. Intervensi keperawatan

Intervensi merupakan rencana keperawatan yang dibuat untuk membantu proses penyembuhan pada pasien dan untuk mencapai tujuan keperawatan yang sesuai. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut antara lain identifikasi lokasi nyeri, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, edukasi penyebab nyeri, kolaborasi pemberian analgesik. Intervensi yang dilakukan penulis dengan diagnosis gangguan mobilitas fisik antara lain identifikasi adanya nyeri, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Kemudian intervensi pada diagnosis gangguan pola tidur antara lain identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menetapkan jadwal tidur. Kemudian intervensi pada diagnosis resiko infeksi antara lain monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka steril.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dibuat selama 3x24 jam yang sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yaitu tahap akhir dalam proses keperawatan dengan tujuan masalah yang muncul pada pasien dapat teratasi. Dalam pemberian asuhan keperawatan perlu adanya dukungan dari pihak keluarga untuk membantu memaksimalkan hasilnya. Pada studi kasus pasien memiliki anak dan cucu yang perhatian kepadanya, sehingga membantu untuk

memberikan dukungan dan semangat untuk membantu proses penyembuhan yang maksimal.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan
Studi kasus yang sudah diselesaikan oleh penulis diharapkan dapat menjadi salah satu sumber terkait dengan asuhan keperawatan fraktur.
2. Bagi profesi keperawatan
Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *fraktur collum femur* sesuai dengan standar keperawatan yaitu SDKI, SLKI, SIKI.
3. Bagi lahan praktik
Terkait dalam upaya mengatasi nyeri disamping memberi obat-obatan farmakologis, adapun cara mengatasi nyeri dengan teknik non farmakologis dengan melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan upaya dalam penanganan dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan melakukan mobilisasi dini dan ROM agar tidak terjadi kekakuan sendi. Perawat melakukan ROM berkolaborasi dengan fisioterapi.
4. Bagi masyarakat
Hasil dari studi kasus yang sudah diselesaikan oleh penulis dapat menambah wawasan, pengetahuan pada masyarakat bahwa melakukan mobilisasi dini pada pasien dengan post operasi *fraktur collum femur* dapat diterapkan untuk membantu proses penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Febriawati, H., Padila, P., J, H., & Susmita, R. (2020). Nyeri pada Pasien Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Pelaksanaan Mobilisasi dan Ambulasi Dini. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 2(1), 61–70. <https://doi.org/10.31539/joting.v2i1.1129>
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- DAMANIK, E. T. M. (2019). *Potensi evaluasi keperawatan dijadikan rekomendasi dalam memberikan asuhan keperawatan di masa yang mendatang*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/a8zys>
- Doenges, M. E. M. F. M. house; A. C. M. (2019). *Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span Loth Edition Index Of Diseases / Disorders*. 569–581.
- Dorland, W. A. N. (2012). *Kamus Kedokteran Dorland* (28th ed.). EGC.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>
- Hidayat, S., & Mumpuningtias, E. D. (2018). Terapi Kombinasi Sugesti Dan Dzikir Dalam Peningkatan Kualitas Tidur Pasien. *Care : Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 6(3), 219. <https://doi.org/10.33366/cr.v6i3.953>
- Igiany, P. D. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Pasien Post Op Fraktur Untuk Melakukan Range of Motion (Rom). *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 1(02). <https://doi.org/10.32585/jmiak.v1i02.160>
- Inra, Hariyanto, T., & Adi, R. C. (2019). Perbedaan Tingkat Kecemasan Lansia Sebelum Dan Sesudah Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Di Kelurahan Tlogomas Malang. *Nursing News*, 4(1), 118–123.
- Istianah, U. (2017). *Asuhan Keperawatan klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*.
- Kurniasih, M. L. (2012). Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Islam. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 12, 47–52.
- Lela, A., & Reza, R. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 262–266.
- Madenski, A. (2014). Improving Nurses' Pain Management in the Post Anesthesia Care Unit (PACU). *Scholar Work*, 1, 15–32.

http://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/

- Malang, K. (2021). *Hospital Majapahit Vol 13 No . 2 November 2021 Hospital Majapahit*. 13(2), 20–30.
- Maria Ulva. (2019). *Gambaran Karakteristik Kecelakaan Lalulintas di Kota Makassar*.
- Napitu, J. (2020). Pengaruh Perencanaan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien. *Osf.Io/Xswpq/*, 1(1).
- Nur, Siti Aisyah, Morika, Honesty Diana & Sardi, W. M. (2020). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Op Fraktur Di Bangsal Bedah Rs Dr Reksodiwiryo Padang. *Jurnsl Kesehatan Medika Saintika*, 2, 175–183.
- Perwiraputra, R. D., Priambodo, A., Julianti, H. P., & Arthroplasty, T. H. (2017). Hubungan Jenis Total Hip Arthroplasty Terhadap Derajat Fungsional Panggul Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Fraktur Collum Femoris. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 6(2), 1116–1125.
- Pivec, R., Johnson, A. J., Mears, S. C., & Mont, M. A. (2012). Hip arthroplasty. *The Lancet*, 380(9855), 1768–1777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60607-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60607-2)
- Platini, H., Chaidir, R., & Rahayu, U. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur Ekstermitas Bawah. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 7(1), 49–53. <https://doi.org/10.33867/jka.v7i1.166>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Sagaran, V. C., Manjas, M., & Rasyid, R. (2018). Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr.M.Djamil, Padang (2010-2012). *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 586. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.742>
- Sari, E., & Dwiarti, R. (2018). Pendekatan Hierarki Abraham Maslow pada prestasi kerja karyawan PT. Madubaru (PG Madukismo) Yogyakarta. *Jurnal Perilaku Dan Strategi Bisnis*, 6(1), 58. <https://doi.org/10.26486/jpsb.v6i1.421>
- Saroh, A. M. (2019). "Pengkajian Sebagai Tahap Awal Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan."

<https://doi.org/10.31219/osf.io/r2q6n>

Sianturi, Y. (2017). *Gambaran Fungsional Penderita Fraktur Kolum Femur yang Tidak Dioperasi di RSUP Haji Adam Malik Medan Tahun 2014-2016*. <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/4858>

Sulistyaningsih., R. C. (2018). Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien ORIF Ekstermitas Bawah Di Poli Otopedi RS Ortopedi Prof.Dr.R.Soeharto Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 1–8.

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

Wilkonson & Ahem. (2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* (9th ed.). EGC.

