

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN OPEN
FRAKTUR FEMUR SINISTRA DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ABDUL WAHAB SJAHRANIE 2016**



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

2016

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN
DENGAN OPEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA DI RUANG ANGGREK
RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

ANA RAHMAWATI
P1504173173

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 16 Desember 2016

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

Ns. Alwani Hetty. M, S.Kep
NIK : 1976 0523 200701 2 013

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Ners
STIKES Wiyata Husada Samarinda**



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmatNya sehingga tugas akhir Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN OPEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE 2016”** dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir Ners ini salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners di Stikes Wiyata Husada Samarinda.

Penulis menyadari kekurangan dan keterbatasan dalam hal pengetahuan dan wawasan yang dimiliki. Oleh karena itu tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, khususnya pembimbing maka Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat terselesaikan.

Dalam kesempatan ini ijin penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Kepada Direktur Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani yang telah menerima dan memberikan ijin untuk melakukan praktek Klinik Peminatan Keperawatan Medikal bedah.
2. Kepada Kepala Ruang Angrek Ibu Iswanti,S.ST yang telah menerima kami untuk melakukan praktek klinik Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Ruang Angrek.
3. Ns.Rusdi,S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing akademik peminatan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
4. Ns.Alwani Hetty.M,S.Kep selaku pembimbing klinik peminatan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dorongan semangat dengan sabar selama penulis menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners.
5. Orang tua dan Keluarga tercinta yang telah memberikan doa, dukungan, dan nasehat yang baik secara moral maupun spiritual kepada saya.

6. Kepada semua teman-teman seperjuangan angkatan 2015 khususnya PROFESI NERS STIKES WHS yang telah banyak memberi motivasi dan dukungannya dan khususnya Team KMB yang telah memberi semangat, motivasi, berjuang bersama selama 5 minggu.
7. Terima kasih banyak untuk sahabat saya Fitri Andriani (Princes), Kiki Najhiyah (Ndut), Diana Widia Indriawati Lebang (Lebang), Norfayanti (Cempreg) dan Novia Sari (Oneng) yang selalu memberi motivasi, dukungan selama kuliah 5 tahun.
8. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan proposal.

Penulis menyadari banyaknya kekurangan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan penulis, maka dengan terbuka penulis menerima masukan kritik dan saran untuk perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan dan semua pihak yang membutuhkan .Akhir kata penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya atas kekurangan dan kesalahan yang dilakukan.

Samarinda, Desember 2016

Peneliti



**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN
OPEN FRAKTUR SINISTRA DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Ana Rahmawati S.Kep¹ ,Ns.Rusdi,S.Kep.,M.Kep² , Ns.Alwani Hetty.M,S.Kep³

ABSTRAK

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah Fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap. Fraktur *Femur* adalah fraktur pada tulang *Femur* yang disebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung.

Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang yang mengalami kecacatan fisik. Salah satu insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% dari insiden kecelakaan yang terjadi. Provinsi yang memiliki angka proporsi tempat cedera di rumah dan sekitarnya tertinggi adalah Lampung (44%), dan terendah di Bengkulu (23%), sedangkan provinsi Kalimantan Timur mencapai 4,8% yang mengalami kejadian fraktur.

Nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Salah satu Intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah **Pemberian Relaksasi Nafas Dalam**. Teknik relaksasi merupakan alternatif non obat-obatan dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode *TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation)*, biofeedback, plasebo dan distraksi. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi efektif pasien.

Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional.

Kata Kunci : Fraktur Femur, Nyeri, Relaksasi Napas Dalam

NURSING CARE WITH ACUTE PAIN DISORDER PATIENTS SINISTRA OPEN
FRACTURE IN THE ORCHID REGIONAL GENERAL HOSPITAL ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

Ana Rahmawati S.Kep¹ ,Ns.Rusdi,S.Kep.,M.Kep² , Ns.Alwani Hetty.M,S.Kep³

ABSTRAK

A fracture is a broken bone, usually caused by trauma OR Physical Power. Strength And Power Angle Of these, the bones, and Soft Tissue Around the bone will determine whether Fracture Happens Complete IT OR NOT full.

Femur Fractures Femur bone is fractured ON Caused By a Conflict OR and NOT Direct Direct trauma.

The World Health Organization Organization World Health Organization (WHO) recorded in the year 2011. There is More Than 5.6 million orangutan dies due Accidents And Incidents Around 1.3 million orangutan The Physical disability. One incident Accidents The prevalence High Enough That incident extremity fractures Down About 40% From Incident Accident Happens. The province has a proportion Score Points of injury in the home and surrounding Lampung is the highest (44%), and lowest in Bengkulu (23%), while the province of East Kalimantan reached 4.8% The fracture incidence.

Pain is a stressor That can be stressful and tension where people can be responded Operating Behavior Biological And Physical and psychological cause a response. One Interventions Patients Ke Yang has done a managed and would Writer Relaxation Breath analysis is Giving In. Relaxation techniques are an alternative non hearts Development strategy pain alleviation medicines, besides TENS method (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), biofeedack, placebo and distraction. Relaxation is the soul and physical tension and stress Of Freedom, because the perception can be change cognitive and affective patient motivation.

Hearts breath relaxation techniques aimed to help express feelings, helps rehabilitation Physical differences, positive influence Against Giving Mood And Emotions conditions increase the memory, as well as provide a unique opportunity to review berinteraksi And Build emotional closeness.

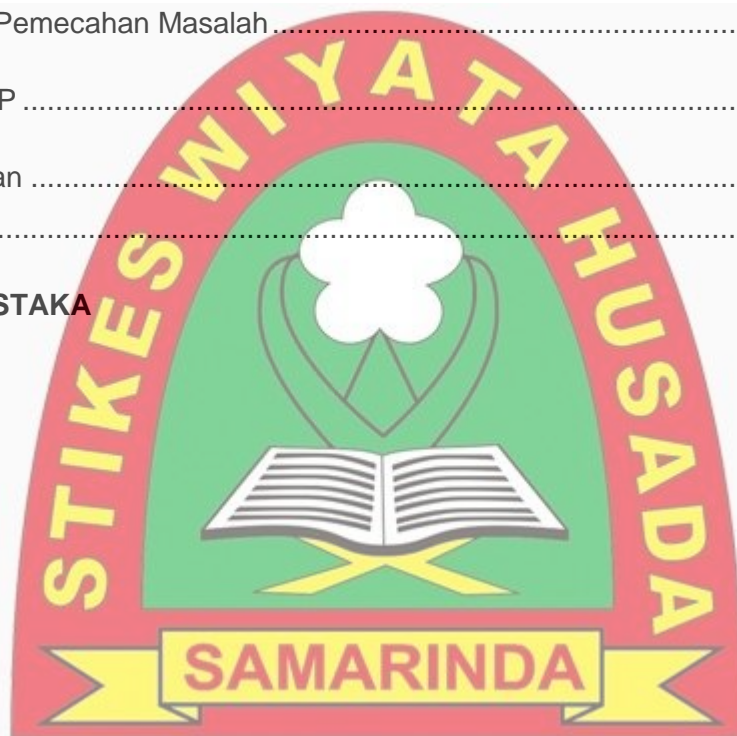
Keywords: Femur Fractures, Pain, Relaxation Breath In

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| KATA PENGANTAR | iii |
| ABSTRAK | iv |
| DAFTAR ISI | v |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 3 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 3 |
| 1. Tujuan Umum | 3 |
| 2. Tujuan Khusus..... | 3 |
| D. Manfaat penelitian | 3 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| A. Konsep Dasar Teori..... | 5 |
| 1. Pengertian | 5 |
| 2. Klasifikasi Fraktur..... | 5 |
| 3. Etiologi..... | 8 |
| 4. Anatomi Fisiologi..... | 8 |
| 5. Patofisiologi | 12 |
| 6. Tanda dan Gejala | 13 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang..... | 14 |
| 8. Penatalaksanaan..... | 14 |
| 9. Proses Penyembuhan Tulang..... | 17 |
| 10. Komplikasi | 18 |
| B. Konsep Dasar Keperawatan..... | 21 |
| 1. Pengkajian..... | 21 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 22 |
| 3. Intervensi Keperawatan | 22 |
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 27 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 27 |
| BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA..... | 29 |



| | |
|--|-----------|
| A. Pengkajian | 29 |
| B. Analisa Data | 36 |
| C. Diagnosa Keperawatan | 37 |
| D. Rencana Keperawatan | 38 |
| E. Implementasi Keperawatan | 42 |
| F. Evaluasi..... | 51 |
| BAB IV ANALISA SITUASI | 61 |
| A. Profil Lahan Praktek | 61 |
| B. Analisis Masalah | 64 |
| C. Analisis Masalah Keperawatan Terkait Jurnal | 64 |
| D. Alternatif Pemecahan Masalah | 66 |
| BAB V PENUTUP | 67 |
| A. Kesimpulan | 67 |
| B. Saran | 67 |
| DAFTAR PUSTAKA | |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Lukman dan Ningsih, 2012).

Femur merupakan tulang yang terpanjang pada badan, dimana fraktur dapat terjadi mulai dari proksimal sampai distal tulang memerlukan gaya yang besar untuk mematahkan batang femur pada orang dewasa, kebanyakan fraktur ini terjadi pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau mengalami jatuh dari ketinggian. Biasanya, klien ini mengalami trauma multiple yang menyertainya. Secara klinis fraktur femur terdiri dari patah tulang paha terbuka dan patah tulang paha tertutup yang asuhan keperawatannya berbeda. Sering klien mengalami syok, baik syok hipovolemik karena kehilangan darah banyak ke dalam jaringan maupun syok neurogenik disebabkan rasa nyeri yang sangat hebat yang dialami klien.

Fraktur femur atau patah tulang paha adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang / osteoporosis.

Berbagai penyebab fraktur diantaranya cedera atau benturan, faktor patologik, dan yang lainnya karena faktor beban. Selain itu fraktur akan bertambah dengan adanya komplikasi yang berlanjut diantaranya syok, *Sindrom Emboli Lemak*, *Sindrom Kompartement*, kerusakan arteri, infeksi, dan *Avaskuler Nekrosis*. Komplikasi lain dalam waktu yang lama akan terjadi *Mal Union*, *Delayed Union*, *Non Union* atau bahkan perdarahan (Price, 2006).

Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang yang mengalami kecacatan fisik. Salah satu insiden kecelakaan yang memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% dari insiden kecelakaan yang terjadi. Fraktur merupakan suatu

keadaan dimana terjadi diintegritas pada tulang penyebab terbanyak adalah kecelakaan, tetapi faktor lain seperti proses *Degenerative Dan Osteoporosis* juga dapat berpengaruh terhadap terjadinya fraktur (Depkes RI, 2011).

Secara Nasional, cedera terjadi paling banyak di jalan raya yaitu 42,8% selanjutnya di rumah (36,5%), area pertanian (6,9%) dan sekolah (5,4%). Provinsi yang memiliki angka proporsi tempat cedera di rumah dan sekitarnya tertinggi adalah Lampung (44%), dan terendah di Bengkulu (23%), sedangkan provinsi Kalimantan Timur mencapai 4,8% yang mengalami kejadian fraktur (Risksedas, 2013).

Data Rekam Medik Ruang Anggrek Rumah Sakit RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah penderita fraktur selama 9 bulan terakhir yaitu dari bulan Januari 2016 sampai September 2016 sebanyak 9 pasien. Sedangkan untuk Data Rekam Medik keseluruhan di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah penderita fraktur selama 9 bulan terakhir sebanyak 95 pasien.

Kematian dan kesakitan yang terjadi akibat *Fraktur* umumnya disebabkan oleh komplikasi akibat *Fraktur* dan imobilisasi yang ditimbulkannya. Beberapa diantara komplikasi tersebut adalah timbulnya dekubitus akibat tirah baring berkepanjangan, perdarahan, *trombosis vena* dalam dan emboli paru; infeksi *pneumonia* atau infeksi saluran kemih akibat tirah baring lama; gangguan nutrisi dan sebagainya (Sudoyo, 2010).

Kasus *Fraktur* jarang terjadi kematian, namun bila tidak ditangani secara tepat atau cepat dapat menimbulkan komplikasi yang akan memperburuk keadaan penderita. Perawat perlu memperhatikan langkah-langkah yang harus diperhatikan dalam menangani pasien dengan kasus kegawatdaruratan fraktur (Sudoyo, 2010).

Berdasarkan fakta-fakta di atas maka Penulis tertarik untuk membuat Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Nyeri Akut Pada Pasien Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisis asuhan keperawatan dengan Gangguan Nyeri Akut Pada Pasien Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan dengan Gangguan Nyeri Akut pada Pasien Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Pengkajian pasien An. A dengan Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016
- b. Penegakkan diagnosa keperawatan pada pasien An. A dengan Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016
- c. Penyusunan rencana keperawatan pada pasien An. A dengan Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien An. A dengan Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016
- e. Penilaian asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan Open Fraktur Femur Sinistra di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan mengenai pasien fraktur

2. Bagi instansi

a. Pendidikan

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar tentang masalah keperawatan mengenai pasien fraktur

b. Rumah sakit

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada pasien *fraktur*.

c. Profesi keperawatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan informasi dibidang keperawatan medikal bedah tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur

d. Pasien

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pembaca tentang perawatan pada pasien fraktur.



BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang atau tulang rawan umumnya dikarenakan ruda paksa (Mansjoer, 2008).

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah Fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Price & Wilson, 2006).

Fraktur *Femur* adalah fraktur pada tulang *Femur* yang disebabkan oleh benturan atau trauma langsung maupun tidak langsung (Helmi, 2012).

2. Klasifikasi Fraktur

a. Klasifikasi *Fraktur*

Klasifikasi *Fraktur* menurut Smeltzer dalam Lukman dan Ningsih (2012), dibagi menjadi : *Fraktur* komplit adalah patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal), *Fraktur* tidak komplit adalah patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang, *Fraktur* tertutup tidak ada luka yang menghubungkan *Fraktur* dengan udara luar atau permukaan kulit, *Fraktur* terbuka terdapat luka yang menghubungkan tulang yang *Fraktur* dengan udara luar atau permukaan kulit.

Fraktur juga digolongkan sesuai pergeseran anatomis fragmen tulang: *Greenstick: Fraktur* dimana salah satu sisi tulang patah sedang sisi lainnya membengkok, *Transversal: Fraktur* sepanjang garis tengah tulang, *Oblik: Fraktur* membentuk sudut dengan garis tengah tulang (lebih tidak stabil

dibanding transversal), *Speral: Fraktur* memuntir sepanjang batang tulang, *Komunitif: Fraktur* dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen, *Depresi: Fraktur* dengan fragmen patahan terdorong kedalam (sering terjadi pada tulang tengkorak dan tulang wajah), *Kompresi: Fraktur* dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang), *Patologik: Fraktur* yang terjadi pada daerah tulang berpenyakit (Kista Tulang, penyakit Paget, Metastasis Tulang, Tumor), *Avulsi:* tertariknya fragmen tulang oleh ligamen atau tendon pada perlekatannya, *Epifiseal: Fraktur* melalui *Epifisis*, *Impaksi: Fraktur* dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang yang lainnya.

b. Klasifikasi *Fraktur Femur*

Klasifikasi *Fraktur Femur* menurut Helmi (2012), *Fraktur Femur* dapat dibagi lima jenis berdasarkan letak garis *Fraktur* seperti di bawah ini:

1) *Fraktur Collum Femur*

Fraktur Collum Femur dapat disebabkan oleh trauma langsung yaitu misalnya penderita jatuh dengan posisi miring dimana daerah *Trochanter Mayor* langsung terbentur dengan benda keras (jalan) ataupun disebabkan oleh trauma tidak langsung yaitu karena gerakan *Exorotasi* yang mendadak dari tungkai bawah, dibagi dalam : *Fraktur Intrakapsuler (Fraktur Collum Femur)* *Fraktur* femur yang terjadi di dalam tulang sendi, panggul dan kapsula, *Fraktur Extrakapsuler (Fraktur intertrochanter femur)* terjadi di luar sendi dan kapsul, melalui, *Trochanter Femur* yang lebih besar/ yang lebih kecil pada daerah *Intertrochanter*.

2) *Fraktur Subtrochanter Femur*

Fraktur dimana garis patahnya berada 5 cm *Distal* dari *Trochanter Minor*. Mekanisme *Fraktur* biasanya karena trauma langsung dapat terjadi pada orang tua biasanya disebabkan oleh trauma ringan (jatuh kepeset) dan pada orang muda biasanya karena trauma dengan kecepatan tinggi. Klasifikasi *Fraktur Subtrochanter Femur* menurut Fielding & Magliato, yaitu : tipe 1 : garis *Fraktur* satu level dengan *Trochanter Minor*, tipe 2 : garis patah berada 1 -2 inch di

bawah dari batas atas *Trochanter Minor*, tipe 3 : garis patah berada 2 -3 inch di distal dari batas atas *Trochanter Minor*.

3) *Fraktur Batang Femur*

Biasanya disebabkan oleh trauma langsung, secara klinis dibagi menjadi :*Fraktur* terbuka yang disertai dengan kerusakan jaringan lunak, risiko infeksi dan perdarahan dengan penatalaksanaan berupa *debridement*, terapi antibiotika serta fiksasi internal maupun eksternal, *Fraktur tertutup* dengan penatalaksanaan konservatif berupa pemasangan *skin* traksi serta operatif dengan pemasangan *plate-screw*.

4) *Fraktur Supracondyler Femur*

Di daerah lutut terdapat otot-otot yang sangat penting untuk diketahui, yang menyebabkan *Fraktur Supracondyler Fragmen* bagian *Distal* selalu terjadi *Dislokasi ke Posterior*, hal ini biasanya disebabkan adanya tarikan otot-otot *Gastrocnemius*, biasanya *Fraktur Supracodyler* ini disebabkan oleh trauma langsung karena kecepatan tinggi sehingga terjadi *Gaya Aksial* dan *Stres Valgus* atau *Varus* dan disertai gaya rotasi.

5) *Fraktur Intracondyler*

Biasanya *Fraktur Intracondular* diikuti oleh *Fraktur Supracondular*, sehingga umumnya terjadi bentuk "T" Fraktur atau "Y" Fraktur.

6) *Fraktur Condyle Femur*

Mekanisme traumanya biasa kombinasi dari gaya *Hiperabduksi* dan *Adduksi* disertai dengan tekanan pada sumbu Femur ke atas.

3. Etiologi

Menurut Sachdeva dalam Jitowiyono dkk (2010), penyebab *Fraktur* dapat dibagi menjadi tiga yaitu :

a. Cedera Traumatik

Cedera langsung, berarti pukulan langsung pada tulang sehingga tulang patah secara spontan.

Cedera tidak langsung, berarti pukulan langsung berada jauh dari benturan, misalnya jatuh dengan tangan menjulur dan menyebabkan *Fraktur Klavikula*.

b. *Fraktur* Patologik

Fraktur Patologik yaitu *Fraktur* yang terjadi pada tulang disebabkan oleh melemahnya struktur tulang akibat proses patologik. Proses patologik dapat disebabkan oleh kurangnya zat-zat nutrisi seperti vitamin D, kalsium, fosfor, ferum. Factor lain yang menyebabkan proses patologik adalah akibat dari proses penyembuhan yang lambat pada penyembuhan *Fraktur* atau dapat terjadi akibat keganasan. Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit, dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan *Fraktur*, dapat juga terjadi pada keadaan : Tumor Tulang (jinak atau ganas), Infeksi seperti *Osteomielitis*, *Rakhitis*, suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan skelet lain.

c. Secara Spontan

Disebabkan oleh stress tulang yang terus-menerus misalnya pada penyakit *polio* dan orang yang bertugas di kemiliteran.

4. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Tulang

Menurut Price & Wilson (2006) tulang adalah jaringan yang kuat dan tangguh yang memberi bentuk pada tubuh. Skelet atau kerangka adalah

rangkaian tulang yang mendukung dan melindungi organ lunak, terutama tengkorak dan panggul

Tulang merupakan tempat primer untuk menyimpan kalsium dan fosfat. Tulang orang dewasa terdiri dari 206 tulang, tulang adalah jaringan hidup yang di suplai darah dan syaraf. Tulang banyak mengandung *Kristalin Anorganik* (terutama garam-garam kalsium) yang membuat tulang kaku dan keras, tetapi sepertiga dari bahan tersebut adalah *Fibrosa* yang membuatnya kuat dan elastis.

Tulang ekstremitas bawah terdiri dari 31 pasang tulang antara lain: tulang *Koksa*, tulang *Femur*, tulang *Patella*, tulang *Tibia*, tulang *Fibula*, tulang *Tarsal*, tulang *Metatarsal*, dan tulang *Falangel*.

1) *Osteum Koksa* (Tulang Pangkal Paha)

OS Koksa turut membentuk gelang panggul, letaknya di setiap sisi dan di depan bersatu dengan *Simfisis Pubis* dan membentuk sebagian besar tulang *Pelvis*.

2) *Osteum Femur* (Tulang Paha)

Merupakan tulang pipa dan terbesar di dalam tulang kerangka pada bagian pangkal yang berhubungan dengan *Asetabulum* membentuk kepala sendi yang disebut *Kaput Femoris*, di sebelah atas dan bawah dari *Kolumna Femoris* terdapat taju yang disebut *Trokanter Mayor* dan *Trokanter Minor*. Di bagian ujung membentuk persendian lutut, terdapat dua buah tonjolan yang disebut *Kondilus Lateralis* dan *Medialis*. Di antara dua *Kondilus* ini terdapat lekukan tempat letaknya tulang tempurung lutut (*Patella*) yang disebut dengan *Fosa Kondilus*.

3) *Osteum Tibialis* dan *Fibularis* (Tulang Kering dan Tulang Betis)

Merupakan tulang pipa yang terbesar sesudah tulang paha yang membentuk persendian lutut dengan *OS Femur*, pada bagian ujungnya terdapat tonjolan yang disebut *OS Maleolus Lateralis* atau mata kaki luar. *OS Tibia* bentuknya lebih kecil dari pada bagian pangkal melekat

pada *OS Fibula* pada bagian ujung membentuk persendian dengan tulang pangkal kaki dan terdapat taju yang disebut *OS Maleolus Medialis*.

4) *Osteum Tarsalia* (Tulang Pangkal Kaki)

Dihubungkan dengan tungkai bawah oleh sendi pergelangan kaki, terdiri dari tulang-tulang kecil yang banyaknya 5 yaitu sendi *Talus*, *Kalkaneus*, *Navikular*, *Osteum Kuboideum*, *Kunaiformi*.

5) *Osteum Metatarsalia* (Tulang Telapak Kaki)

Terdiri dari tulang-tulang pendek yang banyaknya 5 buah, yang masing-masing berhubungan dengan *Tarsus* dan *Falangus* dengan perantara sendi (Price & Wilson, 2006).

6) *Osteum Falangus* (Ruas Jari Kaki)

Merupakan tulang-tulang pipa yang pendek yang masing-masing terdiri dari 3 ruas kecuali ibu jari banyaknya 2 ruas, pada *Metatarsalia* bagian ibu jari terdapat dua buah tulang kecil bentuknya bundar yang disebut tulang bijian (*Osteum Sesamoid*).

b. Tulang Femur

Femur adalah tulang terpanjang dari tubuh. Tulang itu bersendi dengan *Asetabulum* dalam formasi persendian panggul dan dari sini ia menjulur medial ke lutut dan membuat sendi dengan *Tibia*. Tulang yang berupa dan mempunyai sebuah batang dan dua ujung.

Ujung atas memperlihatkan sebuah kepala yang menduduki dua pertiga dari daerah itu. Di puncaknya ada lekukan seperti bentuk kulit telur dengan permukaan kasar, untuk kaitan *Ligamentum Teres*. Di bawah kepala ada leher yang panjang dan gepeng. Pada dataran, di tempat leher menjadi batang, di sebelah luar, terdapat *Trokhanter Mayor*, dan di sebelah belakang dan tengah terdapat *Trokhanter Minor*.

Dasar leher dari tulang ada dua garis yang menghubungkan *Trochanter Major dan Minor*, yaitu garis *Intertrochanter* di sebelah depan dan *Krista Intertrochanter* di sebelah belakang. Yang terakhir ditandai oleh sebuah *Tuberkel* dari tulang *Kuadrotum* di pertengahan panjangnya. Batang Femur berbentuk silinder, halus dan bundar di depan dan sisinya.

Ujung bawah adalah lebar dan memperlihatkan dua *Kondilus*, sebuah lekukan *Interkondiler*, sebuah permukaan *Popliteum* dan sebuah permukaan *Patellaris*. Kedua kondilnya sangat jelas menonjol yang medial lebih rendah dari yang lateral. Kedua-duanya masuk dalam formasi lutut.

Lekuk *Interkondilem* memisahkan kondil-kondil itu di sebelah belakang. Permukaan dari lekuk-lekuk ini memberi kaitan pada persilangan ligament sendi lutut. Di sebelah depan kondil dipisahkan oleh permukaan patellaris yang terbentang anterior antara kedua kondil itu dan di atas permukaan ini terletak patella. Permukaan tibial dari kondil-kondil femur ada di bawahnya dan duduk di atas permukaan sebelah atas dari kondil tibia. Permukaan ini terbagi dalam dua daerah oleh lekukan dalam, *Fossa Interkondiler*. Permukaan itu berbentuk belah ketupat dan di atasnya berjalan pembuluh *Popliteum*. Permukaan itu adalah dasar ruang *Popliteum*. Femur mengadakan persendian dengan tiga tulang, tulang *Coxae, Tibia dan Patella*, tetapi tidak bersendi dengan *Fibula* (Pearce, 2009).

c. Fisiologi tulang

Sistem *Musculoskeletal* adalah penunjang bentuk tubuh dan peran dalam pergerakan. Sistem terdiri dari tulang sendi, rangka, tendon, ligamen, bursa, dan jaringan-jaringan khusus yang menghubungkan struktur tersebut (Price dan Wilson, 2006).

Tulang adalah suatu jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel antara lain : *Osteoblast, Osteosit dan Osteoklas*.

Osteoblas membangun tulang dengan membentuk kolagen tipe 1 dan *Proteoglikan* sebagai matriks tulang dan jaringan *Osteoid* melalui suatu proses yang disebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan *Osteoid, Osteoblas* mensekresikan sejumlah besar *Fosfatase Alkali*, yang

memegang peran penting dalam mengendapkan kalsium dan fosfat kedalam matriks tulang, sebagian *Fosfatase Alkali* memasuki aliran darah dengan demikian maka kadar *Fosfatase Alkali* di dalam darah dapat menjadi indikator yang baik tentang tingkat pembentukan tulang setelah mengalami patah tulang atau pada kasus metastasis kanker ke tulang.

Ostesit adalah sel-sel tulang dewasa yang bertindak sebagai suatu lintasan untuk pertukaran kimiawi melalui tulang yang padat, dan *Osteklas* adalah sel-sel besar berinti banyak yang memungkinkan mineral dan matriks tulang dapat di absorpsi. Tidak seperti *Osteoblas* dan *Osteosit*, *Osteklas* mengikis tulang. Sel-sel ini menghasilkan enzim-enzim *Proteolitik* yang memecahkan matriks dan beberapa asam yang melarutkan mineral tulang, sehingga kalsium dan fosfat terlepas ke dalam aliran darah.

Secara umum fungsi tulang menurut Price dan Wilson (2006) antara lain:

- 1) Sebagai kerangka tubuh. Tulang sebagai kerangka yang menyokong dan memberi bentuk tubuh.
- 2) Proteksi Sistem *Musculoskeletal* melindungi organ-organ penting, misalnya otak dilindungi oleh tulang-tulang tengkorak, jantung dan paru-paru terdapat pada rongga dada (*Cavum Thorax*) yang di bentuk oleh tulang-tulang *Kostae* (Iga).
- 3) Ambulasi dan Mobilisasi. Adanya tulang dan otot memungkinkan terjadinya pergerakan tubuh dan perpindahan tempat, tulang memberikan suatu system pengungkit yang digerakan oleh otot-otot yang melekat pada tulang tersebut, sebagai suatu system pengungkit yang digerakan oleh kerja otot-otot yang melekat padanya.
- 4) Deposit Mineral Sebagai reservoir kalsium, fosfor, natrium, dan elemen-elemen lain. Tulang mengandung 99% kalsium dan 90% fosfor tubuh.
- 5) Hemopoesis. Berperan dalam bentuk sel darah pada *Red Marrow*. Untuk menghasilkan sel-sel darah merah dan putih dan trombosit dalam sumsum merah tulang tertentu.

5. Patofisiologi

Fraktur gangguan pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh, yaitu stress, gangguan fisik, gangguan metabolic, patologik. Kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka ataupun tertutup. Kerusakan pembuluh darah akan

mengakibatkan pendarahan, maka volume darah menurun. COP menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan proliferasi menjadi edem lokal maka penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi revaskularisasi yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit. Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma gangguan metabolik, patologik yang terjadi itu terbuka atau tertutup. Baik fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang sehingga akan terjadi *neurovaskuler* yang akan menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu, disamping itu fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar. Pada umumnya pada pasien fraktur terbuka maupun tertutup akan dilakukan immobilisasi yang bertujuan untuk mempertahankan fragmen yang telah dihubungkan tetap pada tempatnya sampai sembuh. (Price & Wilson, 2006).

6. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala Fraktur menurut Smeltzer dalam Lukman dan Ningsih (2012), yaitu :

1. Nyeri terus-menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai Fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
2. Terdapat Trauma (kecelakaan lalu-lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh dikamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma olahraga).
3. Gangguan Fungsi Anggota Gerak disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kestabilan otot.

4. Deformitas dapat disebabkan pergeseran fragmen pada eksremitas. Deformitas dapat diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
5. Krepitasi. Pada saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang. Krepitasi yang teraba akibat gesekan antar fragmen satu dengan lainnya.
6. Pemendekan Ekstremitas terjadi karena kontraksi otot yang melekat di atas dan di bawah tempat Fraktur.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus fraktur menurut Lukman dan Ningsih (2012), yaitu :

1. Pemeriksaan *Rontgen* : menentukan lokasi/luasnya Fraktur/trauma, dan jenis fraktur.
2. Scan Tulang, Tomogram, CT Scan/MRI : memperlihatkan tingkat keparahan Fraktur, juga dapat mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Arteriogram : dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan *Vaskuler*.
4. Hitung darah lengkap : *Ht* mungkin meningkat (*Hemokonsentrasi*) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi Fraktur atau organ jauh pada multiple trauma). Peningkatan jumlah SDP adalah proses stres normal setelah trauma.
5. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
6. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi multipel atau cedera hati.

8. Penatalaksanaan

Kasus Open Fraktur Collum Femur dilakukan Bipolar Hemiarthroplasty. Bipolar Hemiarthroplasty adalah penggantian total sendi. Penggantian sendi total pinggul adalah prosedur operasi dengan mana tulang rawan (*Cartilago*) dan tulang yang berpenyakit (rusak) dari sendi pinggul secara operasi diganti dengan materi-materi buatan. Sendi pinggul yang normal adalah

sendi bola dan socket (rongga). Socket (rongga) adalah tulang pelvis yang "berbentuk mangkok" yang disebut acetabulum. Bola adalah kepala dari tulang paha (*Femur*). Penggantian total sendi pinggul melibatkan pengeluaran dari bola dan socket yang berpenyakit (rusak) secara operasi dan menggantinya dengan bola dan batang metal yang dimasukkan kedalam tulang *Femur* dan socket mangkok plastik buatan. Bola dan batang metal buatan dirujuk sebagai "Prosthesis". Setelah pemasukan Prosthesis kedalam pusat inti dari femur, ia dipastikan dengan semen tulang yang disebut *Methylmethacrylate*. Secara alternatif, Prosthesis "tanpa semen" digunakan yang mempunyai pori-pori mikroskopik yang mengizinkan pertumbuhan tulang kedalam dari *Femur* yang normal kedalam batang Prosthesis. Pinggul "tanpa semen" ini dirasakan mempunyai durasi yang lebih panjang dan terutama dipertimbangkan untuk pasien-pasien yang lebih muda (Bucholz et al, 2010).

Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula (reposisi) dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang (imobilisasi) (Sjamsuhidajat dkk, 2011).

a. Reposisi

Tindakan reposisi dengan cara manipulasi diikuti dengan imobilisasi dilakukan pada *Fraktur* dengan dislokasi fragmen yang berarti seperti pada *Fraktur Radius Distal*. Reposisi dengan traksi dilakukan terus-menerus selama masa tertentu, misalnya beberapa minggu, kemudian diikuti dengan imobilisasi. Tindakan ini dilakukan pada *Fraktur* yang bila direposisi secara manipulasi akan terdislokasi kembali dalam gips. Cara ini dilakukan pada *Fraktur* dengan otot yang kuat, misalnya *Fraktur Femur* (Nayagam, 2010).

Reposisi dilakukan secara Non-Operatif diikuti dengan pemasangan Fiksator tulang secara operatif, misalnya reposisi patah tulang pada *Fraktur Kolum Femur*. Fragmen direposisi secara Non-Operatif dengan meja traksi, setelah terposisi, dilakukan pemasangan *Prosthesis* secara operatif pada *Kolum Femur* (Nayagam, 2010).

Reposisi diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar (OREF) dilakukan untuk fiksasi fragmen patahan tulang, dimana digunakan pen baja yang ditusukkan pada fragmen tulang, kemudian pen baja disatukan secara

kokoh dengan batangan logam di kulit luar. Beberapa indikasi pemasangan fiksasi luar antara lain Fraktur dengan rusaknya jaringan lunak yang berat (termasuk Fraktur terbuka), dimana pemasangan internal fiksasi terlalu berisiko untuk terjadi infeksi, atau diperlukannya akses berulang terhadap luka Fraktur di sekitar sendi yang cocok untuk internal fiksasi namun jaringan lunak terlalu bengkak untuk operasi yang aman, pasien dengan cedera *multiple* yang berat, Fraktur tulang panggul dengan perdarahan hebat, atau yang terkait dengan cedera kepala, Fraktur dengan infeksi (Nayagam, 2010).

Reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi patahan tulang dengan pemasangan fiksasi interna (ORIF), misalnya pada Fraktur *Femur*, *Tibia*, *Humerus*, atau lengan bawah. Fiksasi Interna yang dipakai bisa berupa pen di dalam sum-sum tulang panjang, bisa juga plat dengan skrup di permukaan tulang. Keuntungan reposisi secara operatif adalah dapat dicapai reposisi sempurna, dan bila dipasang Fiksasi Interna yang kokoh, sesudah operasi tidak diperlukan pemasangan gips lagi dan segera bisa dilakukan imobilisasi. Indikasi pemasangan Fiksasi Interna adalah Fraktur tidak bisa direduksi kecuali dengan operasi, Fraktur yang tidak stabil dan cenderung terjadi *Displacement* kembali setelah reduksi Fraktur dengan penyatuan yang buruk dan perlahan (*Fraktur femoral neck*), Fraktur Patologis, Fraktur *Multiple* dimana dengan reduksi dini bisa meminimalkan komplikasi, Fraktur pada pasien dengan perawatan yang sulit (*Paraplegia*, pasien *Geriatric*) (Sjamsuhidajat dkk, 2011).

b. Imobilisasi

Pada imobilisasi dengan fiksasi dilakukan imobilisasi luar tanpa reposisi, tetapi tetap memerlukan imobilisasi agar tidak terjadi dislokasi fragmen. Contoh cara ini adalah pengelolaan Fraktur tungkai bawah tanpa dislokasi yang penting. Imobilisasi yang lama akan menyebabkan mengecilnya otot dan kakunya sendi. Oleh karena itu diperlukan upaya mobilisasi secepat mungkin (Nayagam, 2010).

c. Rehabilitasi

Rehabilitasi berarti upaya mengembalikan kemampuan anggota yang cedera atau alat gerak yang sakit agar dapat berfungsi kembali seperti sebelum mengalami gangguan atau cedera (Widharso, 2010).

9. Proses Penyembuhan Tulang

Proses penyembuhan Fraktur beragam sesuai dengan jenis tulang yang terkena dan jumlah gerakan di tempat Fraktur. Penyembuhan dimulai dengan lima tahap, yaitu sebagai berikut :

a. Tahap Kerusakan Jaringan Dan Pembentukan *Hematoma* (1-3 hari).

Tahap ini dimulai dengan robeknya pembuluh darah dan terbentuk *Hematoma* di sekitar dan di dalam Fraktur. Tulang pada permukaan Fraktur, yang tidak mendapat persediaan darah, akan mati sepanjang satu atau dua milimeter. *Hematoma* ini kemudian akan menjadi medium pertumbuhan sel jaringan fibrosis dan *Vaskuler* sehingga hematom berubah menjadi jaringan *Fibrosis* dengan kapiler di dalamnya (Sjamsuhidajat dkk, 2011).

b. Tahap radang dan *Proliferasi* Seluler (3 hari–2 minggu).

Setelah pembentukan *Hematoma* terdapat reaksi radang akut disertai *Proliferasi* sel di bawah *Periosteum* dan di dalam saluran *Medula* yang tertembus. Ujung fragmen dikelilingi oleh jaringan sel yang menghubungkan tempat Fraktur. *Hematoma* yang membeku perlahan-lahan diabsorpsi dan kapiler baru yang halus berkembang ke dalam daerah tersebut (Sjamsuhidajat dkk, 2011).

c. Tahap Pembentukan Kalus (2-6 minggu).

Sel yang berkembang biak memiliki potensi *londrogenik* dan *Osteogenik*, bila diberikan keadaan yang tepat, sel itu akan mulai membentuk tulang dan dalam beberapa keadaan, juga *Kartilago*. Populasi sel juga mencakup *Osteoklas* yang mulai membersihkan tulang yang mati. Massa sel yang tebal, dengan pulau-pulau tulang yang imatur dan *Kartilago*, membentuk *Kalus* atau bebat pada permukaan *Periosteal* dan *Endosteal*. Sementara

tulang *Fibrosa* yang imatur menjadi lebih padat, gerakan pada tempat Fraktur semakin berkurang pada empat minggu setelah Fraktur menyatu (Sjamsuhidajat *dkk*, 2011).

d. Konsolidasi (6-8 bulan).

Bila aktivitas *Osteoklastik* dan *Osteoblastik* berlanjut, *Fibrosa* yang imatur berubah menjadi tulang *Lamellar*. Sistem itu sekarang cukup kaku untuk memungkinkan *Osteoklas* menerobos melalui reruntuhan pada garis Fraktur, dan dekat di belakangnya osteoblas mengisi celah-celah yang tersisa antara fragmen dengan tulang yang baru. Ini adalah proses yang lambat dan mungkin perlu sebelum tulang cukup kuat untuk membawa beban yang normal (Sjamsuhidajat *dkk*, 2011).

e. Remodeling (6-12 bulan)

Fraktur telah dijembatani oleh suatu manset tulang yang padat. Selama beberapa bulan, atau bahkan beberapa tahun, pengelasan kasar ini dibentuk ulang oleh proses resorpsi dan pembentukan tulang akan memperoleh bentuk yang mirip bentuk normalnya (Sjamsuhidajat *dkk*, 2011).

10. Komplikasi

Komplikasi fraktur menurut (Sjamsuhidajat *dkk*, 2011) yaitu :

a. Komplikasi Awal

1) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, *Cyanosis* bagian *Distal*, *Hematoma* yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi *Splinting*, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

2) Kompartement Syndrom

Komplikasi ini terjadi saat peningkatan tekanan jaringan dalam ruang tertutup di otot, yang sering berhubungan dengan akumulasi cairan sehingga menyebabkan hambatan aliran darah yang berat dan

berikutnya menyebabkan kerusakan pada otot. Gejala – gejalanya mencakup rasa sakit karena ketidakseimbangan pada luka, rasa sakit yang berhubungan dengan tekanan yang berlebihan pada kompartemen, rasa sakit dengan perenggangan pasif pada otot yang terlibat, dan *Paresthesia*. Komplikasi ini terjadi lebih sering pada Fraktur Tulang Kering (*Tibia*) dan Tulang Hasta (*Radius atau Ulna*).

3) Fat Embolism Syndrom

Merupakan keadaan pulmonari akut dan dapat menyebabkan kondisi fatal. Hal ini terjadi ketika gelembung – gelembung lemak terlepas dari sum-sum tulang dan mengelilingi jaringan yang rusak. Gelombang lemak ini akan melewati sirkulasi dan dapat menyebabkan *Oklusi* pada pembuluh – pembuluh darah *Pulmonary* yang menyebabkan sukar bernafas. Gejala dari sindrom emboli lemak mencakup *Dyspnea*, perubahan dalam status mental (gaduh, gelisah, marah, bingung, *Stupor*), *Tachycardia*, demam, ruam kulit *Ptechie*.

4) Infeksi

System pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada *Trauma Orthopedic* infeksi dimulai pada kulit (*Superficial*) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus Fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pen dan plat.

5) Avaskuler Nekrosis

Avaskuler Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia. Nekrosis avaskular dapat terjadi saat suplai darah ke tulang kurang baik. Hal ini paling sering mengenai *Fraktur Intrascapular Femur* (yaitu kepala dan leher), saat kepala femur berputar atau keluar dari sendi dan menghalangi suplai darah. Karena nekrosis avaskular mencakup proses yang terjadi dalam periode waktu yang lama, pasien mungkin tidak akan merasakan gejalanya sampai dia keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, edukasi

pada pasien merupakan hal yang penting. Perawat harus menyuruh pasien supaya melaporkan nyeri yang bersifat intermiten atau nyeri yang menetap pada saat menahan beban.

6) Shock

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada Fraktur.

7) Osteomielitis

Osteomielitis adalah infeksi dari jaringan tulang yang mencakup sum-sum dan korteks tulang dapat berupa *Exogenous* (infeksi masuk dari luar tubuh) atau *Hematogenous* (infeksi yang berasal dari dalam tubuh). Patogen dapat masuk melalui luka Fraktur terbuka, luka tembus, atau selama operasi. Luka tembak, Fraktur tulang panjang, Fraktur terbuka yang terlihat tulangnya, luka amputasi karena trauma dan Fraktur – Fraktur dengan sindrom kompartemen atau luka vaskular memiliki risiko *Osteomielitis* yang lebih besar.

b. Komplikasi dalam Waktu Lama

1) *Delayed Union* (Penyatuan tertunda).

Delayed Union merupakan kegagalan Fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

2) *Non Union* (tak menyatu).

Penyatuan tulang tidak terjadi, cacat diisi oleh jaringan fibrosa. Kadang –kadang dapat terbentuk sendi palsu pada tempat ini. Faktor – faktor yang dapat menyebabkan *Non Union* adalah tidak adanya imobilisasi, interposisi jaringan lunak, pemisahan lebar dari fragmen contohnya *Patella* dan Fraktur yang bersifat patologis.

3) *Malunion*.

Kelainan penyatuan tulang karena penyerasian yang buruk menimbulkan *Deformitas, Angulasi* atau pergeseran.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian.

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya (Potter & Perry, 2009).

a. Aktifitas / Istirahat.

Tanda : Keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena (mungkin segera, Fraktur itu sendiri atau terjadi secara sekunder dari pembengkakan jaringan dan nyeri).

b. Sirkulasi.

Tanda : Hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri atau ansietas) dan *Hipotensi* (kehilangan darah), *Takikardia* (respon stress, *Hipovolemia*) penurunan nadi atau tidak ada nadi pada bagian yang cidera, pembengkakan jaringan atau massa, *Hematoma* pada sisi cidera.

c. Neurosensori.

Gejala : Hilang gerakan atau sensasi, spasme otot, babas kesemutan.

Tanda : Deformitas lokal angulasi, abnormal, pemendekan, rotasi, krepitasi, (bunyi berderik), spasme otot, kelemahan atau kehilangan fungsi, agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri atau ansietas dan trauma lain).

d. Integumen.

Tanda : bengkak, memar, laserasi.

e. Nyeri / Kenyamanan.

Gejala : Nyeri berat tiba-tiba saat cidera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan atau kerusakan tulang dapat berkurang pada immobilisasi), tidak ada nyeri akibat kerusakan saraf, spasme atau kram otot (setelah immobilisasi).

f. Penyuluhan / Pembelajaran.

Gejala : Lingkungan cidera.

g. Keamanan.

Tanda : Laserasi kulit, perdarahan, perubahan warna, pembengkakan lokal (dapat meningkat secara bertahap atau tiba-tiba).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2009).

Berikut ini adalah beberapa klasifikasi diagnosa keperawatan yang timbul pada pasien dengan Fraktur menurut NANDA (2013).

- a. Nyeri (Akut) berhubungan dengan Spasme Otot, Gerakan Fragmen Tulang, Edema dan cedera pada jaringan lunak, Alat Traksi / Imobilisasi, Stress ansietas.
- b. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan Fraktur Terbuka, bedah perbaikan pemasangan pin, kawat, sekrup.
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka Neusomuskuler.
- d. Resiko infeksi Berhubungan dengan faktor infeksi sekunder.
- e. Resiko syok berhubungan dengan kehilangan volume darah akibat trauma.
- f. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi.
- g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

3. Intervensi Keperawatan

Fokus intervensi berdasarkan diagnosa keperawatan pada Fraktur menurut NANDA (2013) adalah sebagai berikut :

- a. **Nyeri (Akut) berhubungan dengan Spasme Otot, Gerakan Fragmen Tulang, Edema dan cedera pada jaringan lunak, Alat Traksi / Imobilisasi, Stress ansietas.**

Kriteria Hasil :

- 1) Klien mampu mengontrol nyeri.

- 2) Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala nyeri, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).

Intervensi :

- 1) Pertahankan imobilisasi bagian femur dengan tirah baring, pemberat, gips dan traksi.
Rasional: mempercepat menyatunya bone fragmen.
- 2) Tinggikan dan dukung bagian femur.
Rasional: mencegah adanya perdarahan, dengan posisi luka lebih tinggi dari jantung.
- 3) Evaluasi keluhan nyeri, perhatikan lokasi dan karakteristik.
Rasional: menentukan lokasi timbulnya nyeri, untuk dilakukan penanganan secepatnya.
- 4) Beri obat sebelum perawatan aktifitas.
Rasional: jenis analgetik dapat mengurangi rasa nyeri.
- 5) Dorong penggunaan teknik manajemen stres.
Rasional: meningkatkan relaksasi otot dan syaraf.
- 6) Identifikasi aktifitas terapeutik dengan tepat untuk usia pasien, kemampuan fisik dan penampilan pribadi.
Rasional: aktivitas disesuaikan dengan tingkatan usia pasien untuk menghindari adanya resiko cedera seperti jatuh.

- b. **Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan Fraktur Terbuka, bedah perbaikan pemasangan pin, kawat, sekrup.**

Kriteria Hasil :

- 1) Tidak ada luka/lesi pada kulit.
- 2) Perfusi jaringan baik.
- 3) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
- 4) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.

Intervensi :

- 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
Rasional: untuk menghindari adanya gesekan kulit dan kain yang dapat menyebabkan peradangan.
- 2) Hindari kerutan pada tempat tidur.

Rasional: menghindari ulkus dekubitus.

- 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional: untuk menghindari infeksi.

- 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali.

Rasional: untuk menghindari ulkus dekubitus.

- 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional: untuk segera diberikan tindakan yang tepat sehingga resiko ulkus dekubitus dapat diatasi.

- 6) Monitor status nutrisi pasien.

Rasional: nutrisi yang baik akan membantu kesembuhan klien lebih cepat.

c. **Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka Neuromuskuler.**

Kriteria Hasil :

- 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik.
- 2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.
- 3) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpendah.
- 4) Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker).

Intervensi :

- 1) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.

Rasional: mengetahui adanya peningkatan vital sign sebelum dan sesudah aktivitas.

- 2) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.

Rasional: mengetahui sejauh mana pasien dapat beraktivitas secara mandiri.

- 3) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan.

Rasional: mencegah terjadinya cedera.

- 4) Berikan alat Bantu jika klien memerlukan.

Rasional: memandirikan pasien untuk berlatih beraktivitas.

- 5) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional: mendukung ketidaktahuan pasien akan cara mobilisasi dini.

d. **Resiko Infeksi Berhubungan dengan faktor infeksi sekunder**

Kriteria Hasil :

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- 2) Mendeskripsikan prosespenularan penyakit faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- 4) Jumlah leukosit dalam batas normal.
- 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi :

- 1) Pantau atau monitor tanda-tanda infeksi.
Rasional: mengetahui tanda-tanda infeksi secara dini.
- 2) Monitor temperatur klien secara 4 jam.
Rasional: mengetahui tanda-tanda infeksi secara dini.
- 3) Anjurkan klien menjaga kebersihan pakaian, badan dan tempat tidur.
Rasional: pakaian, badan dan tempat tidur dapat menjadi sarang/tempat bakteri dan jamur sehingga dapat menjadikan infeksi.
- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
Rasional: dengan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan dapat mencegah terjadinya infeksi antar pasien atau antar perawat.
- 5) Melakukan perawatan luka atau ganti balutan luka.
Rasional: dengan balutan luka bersih dan tidak basah atau lembab menjadikan klien nyaman dan menghindarkan terjadinya infeksi.
- 6) Berikan antibiotik sesuai indikasi.
Rasional: dengan pemberian antibiotik dapat membunuh bakteri atau kuman.
- 7) Pantau hasil laboratorium (DPL, hitung granulosit absolut, hasil-hasil yang berbeda, protein serum, dan albumin).
Rasional: untuk mengetahui tanda-tanda infeksi secara dini dan menentukan tindakan selanjutnya.

e. **Resikosyok berhubungan dengan kehilangan volume darah akibat trauma.**

Kriteria hasil :

- 1) Tanda Vital dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Monitor keadaan umum pasien.

Rasional : Untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi perdarahan. Perawat segera mengetahui tanda-tanda presyok / syok.

- 2) Observasi vital sign setiap 3 jam atau lebih.

Rasional : Perawat perlu terus mengobaservasi vital sign untuk memastikan tidak terjadi presyok / syok.

- 3) Jelaskan pada pasien dan keluarga tanda perdarahan, dan segera laporkan jika terjadi perdarahan.

Rasional : Dengan melibatkan pasien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat dapat segera diberikan.

- 4) Kolaborasi : Pemberian cairan intravena.

Rasional : Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat.

- 5) Kolaborasi : pemeriksaan : HB, PCV, trombosit.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah yang dialami pasien dan untuk acuan melakukan tindakan lebih lanjut.

- f. **Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi.**

Kriteria hasil :

- 1) tidak ada sianosis, mempertahankan fungsi pernafasan adekuat.

Intervensi :

- 1) Observasi warna dan suhu kulit / membran mukosa.

Rasional: Kulit pucat, sianosis, kuku membran bibir/lidah dingin menunjukkan *Vasokonstriksi Perifer/gangguan aliran darah sistemik.*

- 2) Observasi perubahan status mental.

Rasional: Gelisah, bingung disorientasi, dan perubahan sensori dan motori dapat mengganggu aliran darah.

- 3) Pantau tanda-tanda vital.

Rasional: *Takikardi, Takipnea* dan perubahan pada tekanan darah terjadi dengan beratnya *Hipoksia Dan Asidosis.*

- 4) Tinggikan kepala/tempat tidur sesuai kebutuhan atau toleransi pasien.

Rasional: Meningkatkan kenyamanan fisiologi atau psikologi.

g. **Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.**

Kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan.

Intervensi :

- 1) Kaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri.
Rasional : Mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri memudahkan intervensi selanjutnya.
- 2) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.
Rasional :Mengganti pakaian melindungi pasien dari kuman dan meningkatkan rasa nyaman.
- 3) Berikan pujian pada pasien tentang kebersihannya.
Rasional : Memberikan pujian membuat pasien merasa tersanjung dan lebih kooperatif dalam kebersihan.
- 4) Bimbing keluarga pasien memandikan / menyeka pasien.
Rasional : Membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan.

4. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2009).

5. Evaluasi

Dokumentasi evaluasi menurut Alimul Aziz (2008) adalah merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan dan untuk mengkomunikasikan status pasien dari hasil tindakan keperawatan.

Terdapat dua tipe evaluasi keperawatan menurut Camp (2005), yaitu : evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif terjadi secara periodik selama pemberian perawatan, sedangkan evaluasi sumatif terjadi pada akhir aktivitas, seperti diakhir penerimaan, pemulangan atau pemindahan ke tempat lain, atau diakhir kerangka waktu tertentu, seperti di akhir sesi penyuluhan.



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGANGANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN DENGAN OPEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA DI RUANG ANGGREK RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

A. Pengkajian

I. Identitas diri klien

| | |
|-------------------|---------------------|
| Nama | :An. S |
| Suku | :Bugis |
| Umur | : 14 tahun |
| Pendidikan | : SMP |
| Jenis kelamin | : Laki- Laki |
| Pekerjaan | :Pelajar |
| Lama bekerja | :Belum Bekerja |
| Alamat | : Jl. Akb Sanipah 2 |
| Agama | : Islam |
| Status Perkawinan | :Belum menikah |
| Tgl masuk RS | : 14/11/2016 |
| Tgl Pengkajian | : 18/11/2016 |
| Sumber Informasi | : Klien & Keluarga |

II. Riwayat Penyakit

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit :

Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, durasi nyeri 1-2 menit

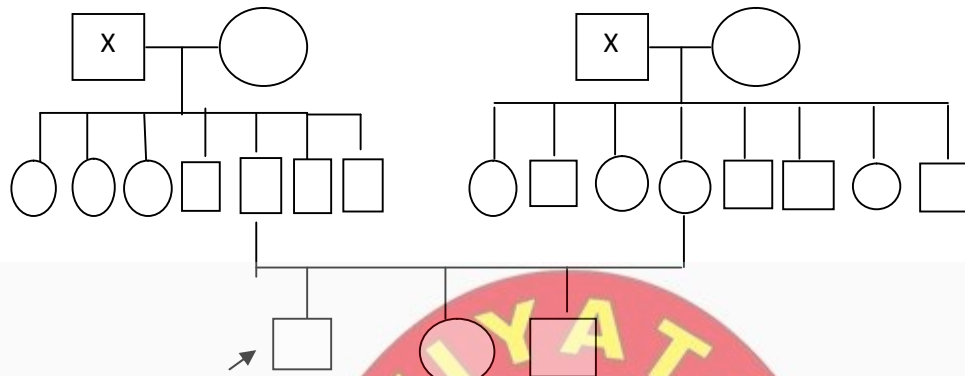
2. Riwayat penyakit sekarang :

Klien mengatakan mengendarai motor dan menghindari truk sehingga pasien jatuh, pada saat jatuh pasien sadar dan ingat kejadian. pasien dibawa ke RS Berau dan dilakukan tindakan pembalutan pada lukanya dan post debridment. Kemudian pasien dirujuk ke AWS pada tanggal 14 November 2016 dengan keluhan nyeri pada kaki sebelah kiri.

3. Riwayat penyakit dahulu :

Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya karena pada kaki kiri ada benjolan dan post operasi.

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien
-  : Meninggal

4. Diagnosa medik pada saat MRS, pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan :

Diagnosa medik saat MRS : CKR + OF 1/3 distal Femur sinistra

Tindakan yang telah dilakukan :

- Oksigen nasal kanul 4 Lpm
- Infus RL 20 Tpm
- Pemasangan kateter
- Pemeriksaan Lab

III. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama merawat klien)

1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengetahuan tentang penyakit / perawatan

Klien mengatakan mengetahui mengenai penyakit dan perawatannya

2. Pola nutrisi dan metabolic

Program diet RS :

Diit NTKTP (Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein)

Intake makanan :

Pada saat dirawat klien mengatakan, makan 3 kali dalam sehari makan dengan menu makanan (bubur, nasi, lauk, pauk dan sayur-sayuran).

Intake cairan :

Pada saat dirawat klien mengatakan jenis minuman, (teh, air mineral) klien minum 5-7 gelas (1200 ml-1680 ml) dalam sehari, klien terpasang cairn infus RL 500 ml 20 tetes/l.

3. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Keluarga klien mengatakan klien BAB 1 kali dalam 2 hari

b. Buang air kecil

Klien menggunakan kateter, pada saat pengkajian produksi urine 800cc

4. Pola aktivitas dan latihan :



| Kemampuan merawat diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan / minum | | | | | |
| Mandi | | | | | |
| Toileting | | | | | |
| Berpakaian | | | | | |
| Mobilisasi di tempat tidur | | | | | |
| Berpindah | | | | | |
| Ambulasi / ROM | | | | | |

0 : mandiri, 1 : alat bantu, 2 : dibantu org lain, 3 : dibantu org lain dan alat, 4 : Total

Oksigenasi:

Saat di kaji klien tidak menggunakan oksigen

5. Pola tidur dan istirahat

Klien mengatakan tidur siang hari sekitar 2-3 jam dan pada malam hari klien tidur tetapi sering terbangun karena merasa nyeri pada kaki yang fraktur

6. Pola persepsual

Penglihatan, pendengaran, pengecap, sensasi klien baik tidak terdapat gangguan

7. Pola persepsi diri

Klien dan keluarga mengatakan sangat cemas terhadap kaki pasien yang fraktur dan klien ingin cepat sembuh agar bisa berjalan

8. Pola seksualitas dan reproduksi

Tidak dilakukan pengkajian

9. Pola peran hubungan

Hubungan klien dengan pasien satu ruangan, perawat dan tim kesehatan lainnya baik.

10. Pola manajemen coping-stres

Klien mengatakan menerima keadaan dirinya akibat perubahan status kesehatan dan klien mengatakan tidak bisa berjalan dan beraktivitas seperti biasanya.

11. System nilai dan keyakinan

Klien menganut agama islam, selama di Rumah Sakit klien hanya berdoa

IV. Pemeriksaan fisik

Meliputi : Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

Keluhan yang dirasakan saat ini:

Klien mengatakan nyeri pada bagian kaki kirinya

TD : 110/80 mmHg

RR : 20x/i

N : 88x/i

T : 36 C

BB/TB :

1. Kepala :

Bentuk kepala simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan pada kepala, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata

2. Mata dan telinga (penglihatan dan pendengaran)

a. Penglihatan

Penglihatan klien jelas, visus 6/6 lapang pandang 180⁰, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata simetris, klien dapat menggerakkan bola mata ke beberapa sisi. Pupil klien isokor ketika diberi rangsangan cahaya, tidak terdapat nyeri tekan pada mata.



b. Pendengaran

Letak telinga simetris, tidak terdapat serumen, pendengaran baik, klien dapat mendengarkan detak atau detik jam tangan, tidak terdapat nyeri pada telinga.

3. Hidung :

Bentuk hidung simetris, keadaan hidung bersih tidak adanya nyeri pada sinus maksilaris, klien dapat membedakan bau rorok dan teh.

4. Mulut/ gigi/ lidah :

Keadaanbibir simetris,bibir lembab, tidak terdapat sariawan, keadaan gigi bersih, tidak ada caries pada gigi.

5. Leher :

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyriod dan peninggian vena jugularis, letak trakea normal tidak terdapat nyeri tekan.

6. Respiratori :

a. Dada :

Bentuk dada simetris, pengembangan dada simetris, tidak ada luka

b. Frekuensi napas :

Frekuensi napas 20 kali/menit teratur, bunyi napas vesikuler, tidak ada penggunaan otot-otot sensori.

Keluhan lain :

Klien mengatakan tidak ada keluhan lain

7. Kardiovaskuler

Klien tidak ada riwayat hipertensi, tidak ada demam rematik, bunyi jantung lop dop, irama teratur.

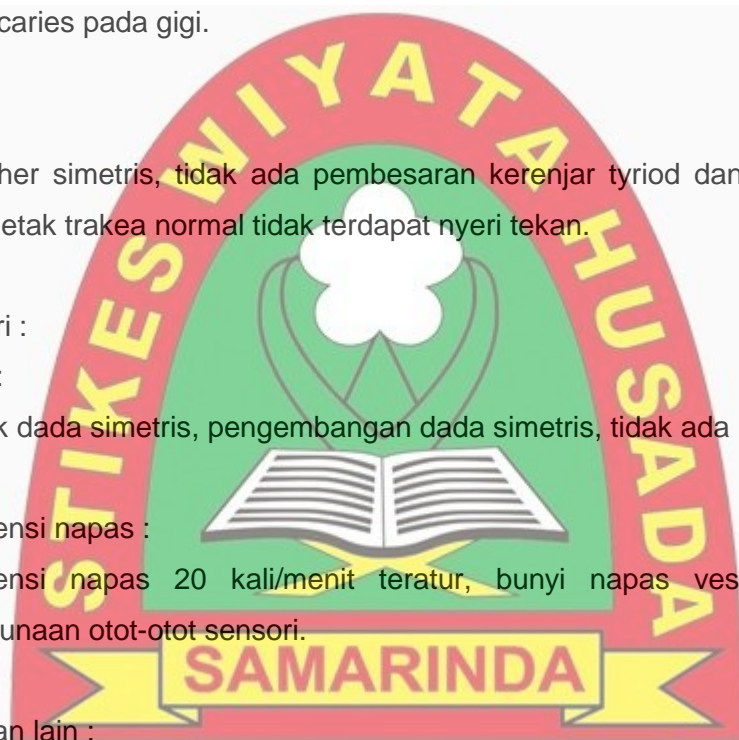
8. Neorologis

GCS : Eye : 4 Verbal : 5 Motorik : 6

Pupil : Isokor

Reflek cahaya

Sinistra : + Cepat



Dextra : + Cepat

Berbecara : Pelo

Keluhan lain : Gelisah

Kordinasi ekstermitas

Ekstermitas atas :

Klien dapat merasakan sensasi halus, tajam, sensasi panas dan dingin. Gerakan rom dapat dilakukan kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5 / 5.

Ekstermitas Bawah :

Klien dapat merasakan sensasi halus, tajam, sensasi panas dan dingin. Gerakan ROM dapat dilakukan oleh kaki kanan sedangkan kaki kiri fraktur, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 5 / x.

9. Abdomen :

Bentuk datar, tidak terdapat lesi, bising usus 12 kali permenit, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan, perkusi abdomen Pekak.

10. Musculoskeletal :

Terdapat nyeri otot dan tulang pada kaki kiri intensitas 1-2 menit, terdapat fraktur pada kaki kiri. Pergerakan klien terbatas dengan kekuatan otot

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | x |

Keluhan lain :

Terdapat luka pada kaki kiri (pada bagian yang fraktur) 1/3 distal femur luka berdiameter 10 cm luka bersih, berwarna merah, tidak ada pus maupun tanda-tanda infeksi

11. Seksualitas :

Tidak dilakukan pengkajian

V. Program Terapi :

a) Infus RL 20tpm

b) Injeksi :

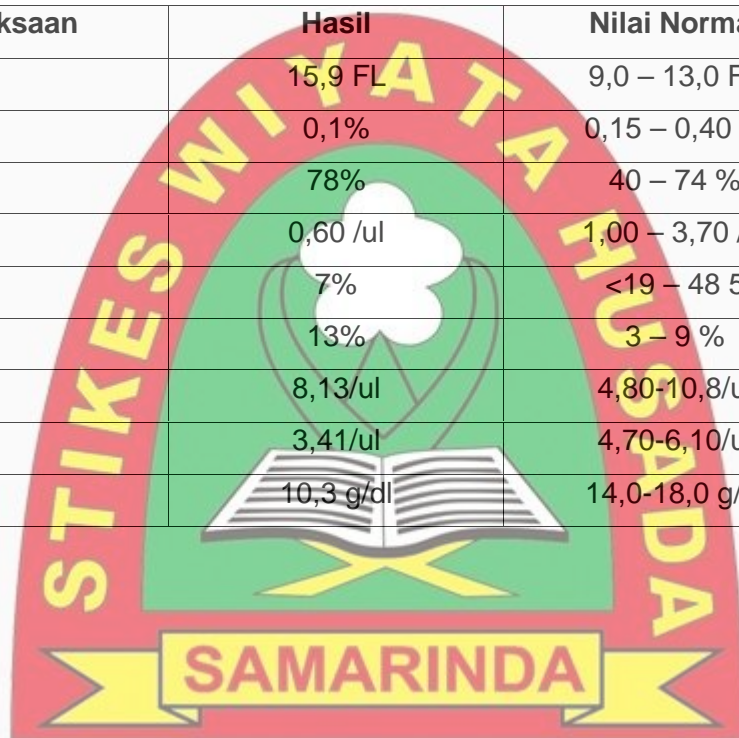
- Ceftriaxone 3 X 1vial
- Ranitidin 2 X 1amp
- Dexamethason 3 X 1amp

- Santagesic 3 X 1 amp
- c) Obat oral :
- Asam folat 2 X 1 tab
 - Omeprazole 2 X 1 tab
 - Paracetamol 3 X 1 tab
- d) Ganti perban 2 hari sekali dikaki kiri dengan Nacl 0,9% ditutup memakai supratule dan kassa

VI. Hasil pemeriksaan penunjang :

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap tanggal 14/11/2016

| Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
|-------------|-----------|-----------------|
| PDW | 15,9 FL | 9,0 – 13,0 FL |
| PCT | 0,1% | 0,15 – 0,40 % |
| Neutrofil | 78% | 40 – 74 % |
| Limfosit | 0,60 /ul | 1,00 – 3,70 /ul |
| Limfosit% | 7% | <19 – 48 5 |
| Monosit | 13% | 3 – 9 % |
| Leukosit | 8,13/ul | 4,80-10,8/ul |
| Eritrosit | 3,41/ul | 4,70-6,10/ul |
| Hemoglobin | 10,3 g/dl | 14,0-18,0 g/dl |



B. Analisa Data

| No | Data Penunjang | Kemungkinan Penyebab | Masalah |
|----|--|---|-----------------------------------|
| 1 | <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri, nyeri timbul jika bergerak, nyeri hilang timbul kira-kira 1-2 menit skala nyeri 6 <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis - Klien gelisah - Skala nyeri 6 | Cedera agens fisik | Nyeri akut |
| 2 | <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa berjalan - Klien mengatakan kaki kirinya tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan jika bergerak terasa nyeri <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur - Klien dibantu oleh perawat dan keluarga - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & x \end{array}$ | Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler | Gangguan hambatan mobilitas fisik |
| 3 | <p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ada luka | Kerusakan jaringan | Kerusakan integritas jaringan |

| | | | |
|---|--|------------------|----------------|
| | <p>dibagian tengkukan kaki, luka pedih, gatal dan terasa nyeri</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka dibagian kaki kiri dengan lebar kurang lebih 15cm - Luka berwarna kemerahan - Tidak terdapat pus pada luka, luka bersih. | intergumen | |
| 4 | <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka terbuka dibagian kaki kiri - Luka bersih, tidak ada pus - Leukosit 8,13 u/L | Prosedur infasif | Resiko infeksi |

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d cedera agen fisik
2. Hambatan mobilitas fisik b.d Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler
3. Kerusakan integritas jaringan b.d kerusakan jaringan
4. Resiko infeksi b.d prosedur infasif



D. Rencana keperawatan

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABRASI | NOC | NIC |
|----|--|--|--|
| 1 | Nyeri akut b.d cedera agen fisik | <p>❖ Pain control</p> <p>Setelah dilakjukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam nyeri akut dapat berkurang dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi) untuk mengurangi nyeri - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (sakala nyeri, intesitas, frekuensi, dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang) | <p>Pain management :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 1.5 Kolaborasi pemberian analgetik |

| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABRASI | NOC | NIC |
|----|--|--|---|
| 2 | Hambatan mobilitas fisik b.d Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler | <p>❖ Mobility level</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meningkat dalam aktivitas fisik - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan pindah - Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker) | <p>Exercise therapy :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan 2.3 Dampingi dan bantu klien saat mobilisasi 2.4 Berikan alat bantu jika klien memerlukan 2.5 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |



| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABRASI | NOC | NIC |
|----|---|---|---|
| 3 | Kerusakan integritas jaringan b.d kerusakan jaringan | ❖ Tissue integrity : skin and mucous Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dengan Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tanda – tanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berlians - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka | Pressure ulcer prevention wound care : <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Jaga kulit agar tetap bersih dan kering 3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam) 3.3 Monitor kulit adanya kemerahan 3.4 Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal, 3.5 Lakukan perawatan luka dengan steril 3.6 Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka |



| NO | DIAGNOSA KEPERAWATAN/ MASALAH KOLABRASI | NOC | NIC |
|----|---|---|--|
| 4 | Resiko infeksi b.d prosedur infasif | <p>❖ Knowledge : infection control</p> <p>Setelah dilakjukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam resiko infeksi teratasi dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari gejala dan tanda infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat - Status imun, gastriontustinal, dalam batas normal | <p>4.1 Pertahankan teknik aseptik</p> <p>4.2 Cuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>4.3 Inpeksi kulit dan membran mukosa terhadap</p> <p>4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal</p> <p>4.5 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> |



E. Implementasi

1. Nyeri akut b.d cedera agens fisik

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI PROSES |
|----|-----------|-------------------------|---|---|
| 1. | 1. | 18 /11/16 14.00 | Paint management : 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 1.5 Kolaborasi pemberian analgetik | S : - Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri - Klien mengatakan nyeri bila bergerak - Klien mengatakan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul O : - Klien meringis - Klien gelisah - Klien tampak memegang bagian yang nyeri - Skala nyeri 6 - Pasien mendapatkan injeksi : a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) b. Santagesic 1 amp IV (jam 16.00) |
| 2 | 1 | 19/11/16 20.30 | Paint management : 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, | S : - Klien mengatakan masih nyeri pada kaki kiri |

| | | | | |
|---|---|-------------------|---|---|
| | | | <p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>1.5 Kolaborasi pemberian analgetik</p> | <p>- Klien mengatakan nyeri berkurang jika obat masuk</p> <p>- Klien mengatakan skala nyeri 6, nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>- Klien meringis</p> <p>- Klien gelisah</p> <p>- Klien tampak memegang bagian yang nyeri</p> <p>- Skala nyeri 6</p> <p>- Pasien mendapatkan injeksi :</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Santagesic 1 amp IV (jam 01 .00)</p> |
| 3 | 1 | 20/11/16 09.00 | <p>Paint management :</p> <p>1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan</p> | <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan masih nyeri pada kaki kiri</p> <p>- Klien mengatakan nyeri berkurang jika obat masuk</p> <p>- Klien mengatakan skala nyeri 5, nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <p>- Klien meringis</p> <p>- Klien gelisah</p> <p>- Klien tampak memegang bagian yang nyeri</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----------|---|
| | | | kebisingan 1.5 Kolaborasi analgetik | pemberian | <ul style="list-style-type: none">- Skala nyeri 5- Pasien mendapatkan injeksi :<ul style="list-style-type: none">a. Ceftriaxone vial IV (jam 09.00)b. Santagesic 1 amp IV (09.00) |
|--|--|--|---|-----------|---|



2. Hambatan mobilitas fisik b.d Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI PROSES | | | | |
|----|--------|--------------------|---|--|---|---|----|--|
| 1 | 2 | 18 /11/16 14.00 | Exercise therapy : 2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan 2.3 Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi 2.4 Memrikan alat bantu jika klien memerlukan 2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan | S : - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak O : - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1077 974 1260 1064"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5x</td> <td></td> </tr> </table> - Pasien mendapatkan injeksi : a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) b. Santagesic 1 amp IV (jam 16.00) | 5 | 5 | 5x | |
| 5 | 5 | | | | | | | |
| 5x | | | | | | | | |
| 2 | 2 | 19/11/16 20.30 | Exercise therapy : 2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan 2.3 Mendampingi dan bantu | S : - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak O : | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|---|-------------------|--|---|---|---|----|--|
| | | | <p>klien saat mobilisasi</p> <p>2.4 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5x</td> <td style="padding: 0 5px;"></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan injeksi : <ul style="list-style-type: none"> a. Santagesic 1 amp IV (jam 01.00) | 5 | 5 | 5x | |
| 5 | 5 | | | | | | | |
| 5x | | | | | | | | |
| 3 | 2 | 20/11/16 09.00 | <p>Exercise therapy :</p> <p>2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan</p> <p>2.3 Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</p> <p>2.4 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5x</td> <td style="padding: 0 5px;"></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan injeksi : <ul style="list-style-type: none"> a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 09.00) b. Santagesic 1 amp IV (jam 09.00) | 5 | 5 | 5x | |
| 5 | 5 | | | | | | | |
| 5x | | | | | | | | |

3. Kerusakan integritas jaringan b.d kerusakan jaringan

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI PROSES |
|----|-----------|-------------------------|--|--|
| 1 | 3 | 18 /11/16 14.00 | Pressure ulcer prevention wound care : 3.1 Menjaga kulit agar tetap bersih dan kering 3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam) 3.3 Monitor kulit adanya kemerahan 3.4 Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal, 3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril 3.6 Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka | S : - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada bagian luka O : - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada push - GV setiap 2 hari sekali |
| 2 | 3 | 19/11/16 20.30 | Pressure ulcer prevention wound care : 3.1 Menjaga kulit agar tetap bersih dan kering 3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua | S : - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada bagian luka |

| | | | | |
|---|---|-------------------|---|---|
| | | | <p>jam)</p> <p>3.3 Monitor kulit adanya kemerahan</p> <p>3.4 Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal,</p> <p>3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril</p> <p>3.6 Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p> | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada push - GV setiap 2 hari sekali |
| 3 | 3 | 20/11/16 09.00 | <p>Pressure ulcer prevention wound care :</p> <p>3.1 Menjaga kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam)</p> <p>3.3 Monitor kulit adanya kemerahan</p> <p>3.4 Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal,</p> <p>3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril</p> <p>3.6 Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada bagian luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada push - GV setiap 2 hari sekali - Luka dibersihkan menggunakan Nacl 0,9% dan diberi supratule ditutup memakai kassa lembab kemudian kassa steril dan di balut menggunakan perban elastis |

4. Resiko infeksi b.d prosedur infasif

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI PROSES |
|----|-----------|-------------------------|--|--|
| 1 | 4 | 18 /11/16 14.00 | 4.1 Mempertahankan teknik aseptik 4.2 Mencuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan 4.3 Inpeksi kulit dan membran mukosa terhadap 4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal 4.5 Mengjarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik | S : - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka O : - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri - Luka bersih, tidak ada push - Klien mendapatkan injeksi antibiotik a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) |
| 2 | 3 | 19/11/16 20.30 | 4.1 Mempertahankan teknik aseptik 4.2 Cuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan 4.3 Inpeksi kulit dan membran | S : - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka O : - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri |

| | | | | |
|---|---|-------------------|--|---|
| | | | <p>mukosa terhadap</p> <p>4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal</p> <p>4.5 Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Luka bersih, tidak ada push - Klien mendapatkan injeksi antibiotik <ul style="list-style-type: none"> a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) |
| 3 | 3 | 20/11/16 09.00 | <p>4.1 Mempertahankan teknik aseptik</p> <p>4.2 Cuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>4.3 Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap</p> <p>4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal</p> <p>4.5 Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri - Luka bersih, tidak ada push - Klien mendapatkan injeksi antibiotik <ul style="list-style-type: none"> a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) |



F. Evaluasi

1. Nyeri akut b.d cedera agens fisik

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI HASIL |
|----|-----------|-------------------------|--|---|
| 1 | 1 | 18/11/16 14.00 | <p>Paint management :</p> <p>1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>1.5 Kolaborasi pemberian analgetik</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri - Klien mengatakan nyeri bila bergerak - Klien mengatakan skala nyeri 5, nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis - Klien gelisah - Klien tampak memegangi bagian yang nyeri - Skala nyeri 5 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi keperawatan paint management |

| | | | | |
|---|---|-----------------------|--|---|
| 2 | 1 | 19/11/16 20.30 | <p>Paint management :</p> <p>1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>1.5 Kolaborasi pemberian analgetik</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang pada kaki kiri - Klien mengatakan nyeri bila bergerak - Klien mengatakan skala nyeri 4, nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis - Klien gelisah - Skala nyeri 4 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi keperawatan paint management |
| 3 | 1 | 20/11/16 09.00 | <p>Paint management :</p> <p>1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang pada kaki kiri - Klien mengatakan nyeri bila bergerak - Klien mengatakan skala nyeri 4, nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis - Klien gelisah - Skala nyeri 4 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut belum teratasi |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----------|---|
| | | | kebisingan 1.5 Kolaborasi analgetik | pemberian | P : - Lanjutkan intervensi keperawatan pain management |
|--|--|--|---|-----------|---|



2. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI HASIL |
|----|-----------|-------------------------|---|--|
| 1 | 2 | 18/11/16 14.00 | Exercise therapy : 2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan 2.3 Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi 2.4 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan 2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan | S : - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak O : - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot 5 5 5x A : - Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi keperawatan Exercise therapy |
| 2 | 2 | 19/11/16 20.30 | Exercise therapy : 2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan | S : - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak |

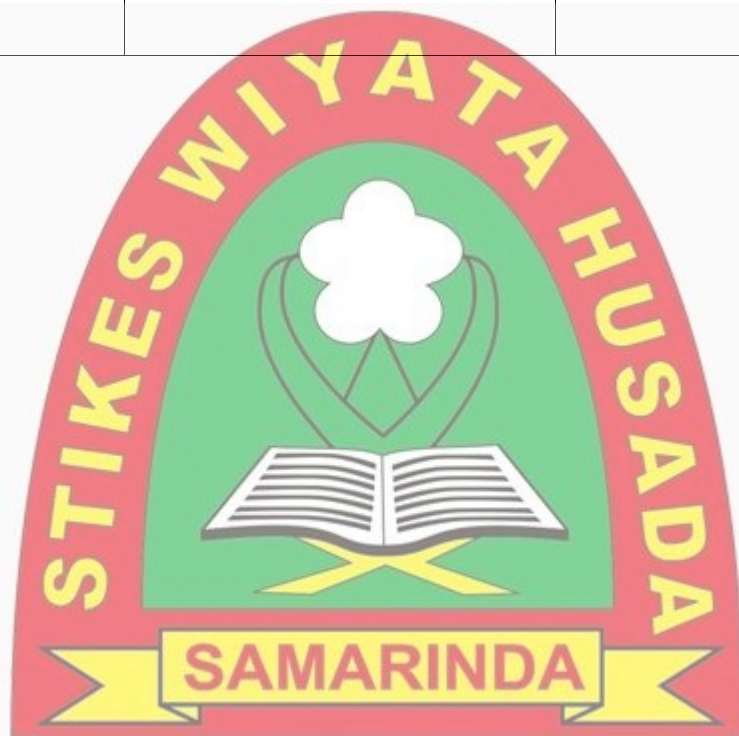
| | | | | | | | | |
|----|---|-----------------------|--|---|---|---|----|--|
| | | | <p>2.3 Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</p> <p>2.4 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5x</td> <td></td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hambatan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi keperawatan Exercise therapy | 5 | 5 | 5x | |
| 5 | 5 | | | | | | | |
| 5x | | | | | | | | |
| 3 | 2 | 20/11/16 09.00 | <p>Exercise therapy :</p> <p>2.1 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>2.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL sesuai kemampuan</p> <p>2.3 Mendampingi dan bantu klien saat mobilisasi</p> <p>2.4 Memberikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>2.5 Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki kiri tidak boleh digerakkan - Klien mengatakan nyeri bila bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring ditempat tidur - Posisi kaki abduksi - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5x</td> <td></td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hambatan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi keperawatan Exercise therapy | 5 | 5 | 5x | |
| 5 | 5 | | | | | | | |
| 5x | | | | | | | | |

3. Kerusakan integritas jaringan b.d kerusakan jaringan

| NO | DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI HASIL |
|----|-----------|-------------------------|--|--|
| 1 | 3 | 18 /11/16 14.00 | Pressure ulcer prevention wound care : 3.1 Menjaga kulit agar tetap bersih dan kering 3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam) 3.3 Monitor kulit adanya kemerahan 3.4 Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal, 3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril 3.6 Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka | S : - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada bagian luka O : - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada pus - GV setiap 2 hari sekali A : - Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi keperawatan Pressure ulcer prevention wound care |
| 2 | 3 | 19/11/16 20.30 | Pressure ulcer prevention wound care : 3.1 menjaga kulit agar tetap bersih dan kering 3.2 Mobilitas pasien (ubah | S : - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada |

| | | | | |
|---|---|-------------------|---|--|
| | | | <p>posisi pasien setiap dua jam)</p> <p>3.3 Monitor kulit adanya kemerahan</p> <p>3.4 mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal,</p> <p>3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril</p> <p>3.6 memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p> | <p>bagian luka</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada push - GV setiap 2 hari sekali <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan integritas jaringan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi keperawatan Pressure ulcer prevention wound care |
| 3 | 3 | 20/11/16 09.00 | <p>Pressure ulcer prevention wound care :</p> <p>3.1 menjaga kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>3.2 Mobilitas pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam)</p> <p>3.3 Monitor kulit adanya kemerahan</p> <p>3.4 Mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda – tanda infeksi lokal,</p> <p>3.5 Melakukan perawatan luka dengan steril</p> <p>3.6 Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan gatal pada bagian luka - Klien mengatakan pedih dan nyeri pada bagian luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbaring ditempat tidur - Luka bersih, tidak ada push - GV setiap 2 hari sekali - Luka dibersihkan menggunakan NaCl 0,9% dan diberi supratule ditutup memakai kassa lembab kemudian kassa steril dan di |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>balut menggunakan perban elastis</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kerusakan integritas jaringan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi keperawatan Pressure ulcer prevention wound care |
|--|--|--|--|--|



4. Resiko infeksi b.d prosedur infasif

| NO O | NO DX KEP | TANGGAL DAN WAKTU | IMPLEMENTASI | EVALUASI HASIL |
|---------|-----------------|-------------------------|--|---|
| 1 | 4 | 18 /11/16 14.00 | 4.1 Mempertahankan teknik aseptik 4.2 Mencuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan 4.3 Inpeksi kulit dan membran mukosa terhadap 4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal 4.5 Mengjarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik | S : - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka O : - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri - Luka bersih, tidak ada push - Klien mendapatkan injeksi antibiotik a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00) A : - Resiko infeksi belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi keperawatan |
| 2 | 4 | 19/11/16 20.30 | 4.1 Mempertahankan teknik aseptik 4.2 Mencuuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan 4.3 Inpeksi kulit dan | S : - Klien mengatakan nyeri pada daerah luka O : - Terdapat luka terbuka pada kaki kiri |

| | | | | |
|---|---|-------------------|---|--|
| | | | <p>membran mukosa terhadap</p> <p>4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal</p> <p>4.5 Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> | <p>- Luka bersih, tidak ada push</p> <p>- Klien mendapatkan injeksi antibiotik</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00)</p> <p>A :</p> <p>- Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Lanjutkan intervensi keperawatan</p> |
| 3 | 4 | 20/11/16 09.00 | <p>4.1 Mempertahankan teknik aseptik</p> <p>4.2 Mencuci tangan setelah dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>4.3 Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap</p> <p>4.4 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemis dan lokal</p> <p>4.5 Mengajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> | <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan nyeri pada daerah luka</p> <p>O :</p> <p>- Terdapat luka terbuka pada kaki kiri</p> <p>- Luka bersih, tidak ada push</p> <p>- Klien mendapatkan injeksi antibiotik</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Ceftriaxone 1 vial IV (jam 16.00)</p> <p>A :</p> <p>- Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Lanjutkan intervensi keperawatan</p> |

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktek

1. Profil dan Sejarah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dibangun tahun 1933, kepunyaan Kerajaan Kutai (Landschap = Kerajaan, sehingga diberi nama *Landschap Hospital*) terletak di Juliana atau Emma Straat (sekarang jalan Gurami). Sesuai dengan tuntutan perkembangan kebutuhan RSUD dipindahkan dari Selili ke jalan Dr. Soetomo pada tanggal 12 November 1977, yang tahap pertama dimulai dengan pemindahan poliklinik (rawat jalan) lebih dahulu. Setelah 7 tahun kemudian tepatnya 21 Juli 1984, keseluruhan pelayanan RSUD dipindahkan ke jalan Dr. Soetomo, dan tanggal 22 Februari 1986 diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie.

2. Motto, Visi, Misi, Tujuan dan Peran

Adapun motto, visi, misi, tujuan dan peran dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu :

a. Motto:

Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif

b. Visi :

Visi adalah rumusan umum mengenai keadaan yang diinginkan pada akhir periode perencanaan, yang mencerminkan harapan yang ingin dicapai dilandasi oleh kondisi dan potensi serta prediksi tantangan dan peluang pada masa yang akan datang. Berdasarkan makna tersebut dan sesuai dengan Visi Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013-2018, maka Visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2013 – 2018 adalah **“Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional pada tahun 2018”**. Diharapkan dengan terumuskannya visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tersebut, maka dapat menjadi motivasi seluruh elemen rumah sakit untuk mewujudkannya, melalui peningkatan kinerja sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing

c. Misi :

Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan dan diwujudkan agar tujuan dapat terlaksana dan berhasil dengan baik sesuai dengan visi yang telah ditetapkan. Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi serta dilandasi oleh visi. Misi memberikan arah maupun batasan tentang hal atau tindakan yang boleh dilakukan, secara *eksplisit*, atau yang tidak boleh dilakukan secara *implisit* oleh suatu organisasi. Misi menjelaskan cara-cara organisasi untuk mencapai visi dan bagaimana cara melakukannya. Perumusan misi organisasi harus memperhatikan dan menampung masukan dari pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) dan memberikan peluang untuk perubahan sesuai dengan tuntutan perubahan lingkungan. Untuk mencapai visi tersebut, maka misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2013 – 2018, yaitu:

- 1) Meningkatkan Akses dan Kualitas Pelayanan Berstandar Internasional.
- 2) Mengembangkan RS sebagai Pusat Penelitian Di Bidang Kedokteran dan Kesehatan

d. Tujuan:

- 1) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pengelolaan sumber daya di rumah sakit
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis di rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat secara professional
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan dan
- 5) Meningkatkan disiplin dan tata tertib pelaksanaan rumah sakit

e. Peran

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- 2) Sebagai rujukan puncak rumah sakit lain di Propinsi Kalimantan Timur
- 3) Pembinaan manajemen dan fungsional rumah sakit se Kalimantan timur
- 4) Sebagai pusat kegiatan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan

3. Fasilitas RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Sebagai rumah sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengolahan air limbah.

4. Program Unggulan, Sikap dan Jenis pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi:

- a. Program Unggulan: pelayanan jantung, revolving fund system, subsidi silang, mother and baby friend hospital dan bisnis strategi
- b. Sikap: Senyum, Sapa, Salam dan Ucapan terima kasih
- c. Jenis pelayanan meliputi 34 macam pelayanan yaitu: poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, poli anak, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli bedah saraf, poli bedah urologi, poli saraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli gigi dan mulut, poli keluarga berencana, poli gizi, poli laktasi, poli khusus karyawan, rehabilitasi medik, instalasi gawat darurat, radiologi: USG C-T Scan, hyperthermia, MRI, angiografi, patologi klinik, patologi anatomi, hemodialisa, instalasi kedokteran, kehakiman, instalasi farmasi, rujukan spesialis ke rumah sakit tipe C, D, puskesmas, layanan paviliun teratai, ambulance 118 emergency dan layanan kesehatan diluar rumah sakit.

5. Jenis Bangunan RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Jenis bangunan yang ada di RSUD Abdul Wahab Sjahranie meliputi gedung: Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK Sentral, OK IGD, Laundry, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun Teratai 1,2,3,4, Paviliun Sakura, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Cempaka, Anggrek, Melati, Flamboyan, Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU dan ICCU, unit stroke.

B. Analisis Masalah

Masalah keperawatan yang terjadi pada klien An. S pada saat pengkajian yaitu gangguan rasa nyeri akut. Kondisi nyeri yang dirasakan oleh klien disebabkan karena Fraktur gangguan pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh, yaitu stress, gangguan fisik, gangguan metabolic, patologik. Kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka ataupun tertutup. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan pendarahan, maka volume darah menurun. COP menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan proliferasi menjadi edem lokal maka penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri (Price dan Wilson, 2006).

Hal ini juga didukung oleh teori Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis seperti udara, air dan makanan. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga kenyamanan, keamanan fisik dan psikologis. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, hubungan cinta. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, penguasaan, penghargaan, dan nilai diri. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan (Potter & Perry, 2009).

Pemenuhan kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga kenyamanan, keamanan fisik dan psikologis. Nyeri mungkin disebabkan oleh spasme otot berpindah tulang dari tempatnya dan kerusakan struktur didaerah yang berdekatan. Sistem yang berperan dalam proses pemenuhan kebutuhan adalah sistem muskuloskeletal, integumen dan neuromuskuler (Hidayat Aziz, 2005).

C. Analisis Masalah Keperawatan Satu Intervensi dengan Konsep penelitian Terkait Analisis (Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam)

Nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas makin berat dapat

menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi sistem imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri (Corwin, 2001)

Salah satu Intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah **Pemberian Relaksasi Nafas Dalam**. Teknik relaksasi merupakan alternatif non obat-obatan dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode *TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation)*, biofeedack, plasebo dan distraksi. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2005). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi (Brunner & Suddart, 2002).

Menurut (Brunner & Suddart, 2002) beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu bentuk asuhan keperawatan, dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah. Teknik relaksasi dapat menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi kerja jantung, menurunkan ketegangan otot yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot.

Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional. Jadi, teknik relaksasi nafas dalam diharapkan dapat membantu mengatasi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit (Djohan 2006).

Berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan tersebut dapat diketahui bahwa hipotesis alternatif (H_a) yang berbunyi: “teknik relaksasi nafas dalam mempengaruhi penurunan nyeri pada pasien pasca operasi fraktur femur di RS Karima Utama Surakarta.” terbukti kebenarannya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Artini (2009) tentang “Pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam

terhadap tingkat nyeri pasca operasi di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Jona,2013) dengan judul Perbedaan Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Terapi Musik Klasik Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Yang Mengalami Fraktur dengan Nyeri Sedang. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara teknik relaksasi nafas dalam dengan terapi musik klasik tetapi kedua intervensi tersebut yakni dapat menurunkan intensitas nyeri.

Penelitian yang dilakukan oleh (Margono,2014) dengan judul efektivitas terapi relaksasi nafas dalam terhadap meningkatnya adaptasi regulator tubuh untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi fraktur di RSO Soeharso Surakarta. Teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk meningkatkan adaptasi regulator tubuh pada pasien post operasi fraktur di RSO Soeharso Surakarta.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Pelaksanaan asuhan keperawatan dalam pemberian Relaksasi Nafas Dalam yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain itu alternatif lain yang digunakan untuk mengurangi intensitas nyeri adalah Terapi Musik Klasik. Terapi Musik Klasik berfungsi mengatur hormon – hormon berhubungan dengan stress antara lain ACTH, Prolaktin dan hormon pertumbuhan serta dapat meningkatkan kadar *endorphin* sehingga dapat mengurangi nyeri (Champel & Don, 2001 dalam Kurtiningsih dan Hartati, 2008).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan Gangguan Nyeri Akut Pada Pasien Open Fraktur Femur Sinistra didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Faktor risiko kaki kiri fraktur, sehingga kekuatan otot kaki kanan dan kiri 5 / x.
- b. Masalah keperawatan yang muncul pada An.S adalah Nyeri akut, Hambatan Mobilitas Fisik, Kerusakan Integritas Jaringan, dan Resiko Infeksi.
- c. Implementasi yang sudah dilakukan meliputi : Pemberian Relaksasi Napas Dalam untuk Mengurangi Nyeri

B. Saran

Bagi Penulis diharapkan dapat:

- a. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan fraktur
- b. Senantiasa meningkatkan semangat belajar dan *critical thinking* sehingga dapat terus mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan menerapkan inovasi di bidang keperawatan

Bagi masyarakat perkotaan diharapkan dapat:

- a. Meningkatkan pengetahuan mengenai fraktur meliputi definisi, faktor risiko, manifestasi klinis, dan komplikasinya
- b. Meningkatkan pengetahuan mengenai fraktur meliputi definisi, jenis, cara perawatan dan komplikasinya

Bagi Instansi Rumah Sakit

- a. Meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya pada klien dengan fraktur
- b. Mendukung penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan sehingga dapat tercipta kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang lebih baik di rumah sakit



DAFTAR PUSTAKA

Bucholz, R.W, et all. 2010. Green's Fracture in Adults, 7th Edition. *Lippincott Williams & Wilkins*.

Brunner & Suddart. (2002). *BukuAjar Keperawatan medical bedah*(H Kuncoro, A. Hartono, M.Ester,Y.Asih,Terjemah). (Ed.8)Vol 1Jakarta:EGC

Carpenito, Lynda Jual. 2007. *Rencana Asuhan dan Pendokumentasian Keperawatan*.Alih Bahasa Monika Ester.Edisi 2.Jakarta : EGC.

Corwin, J.E. 2001.*Buku Saku Patofisiologi*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.

Djohan. 2006. *Terapi Musik*. Yogyakarta: Penerbit Buku Baik.

Evelyn C, Pearce. 2009. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Hadi dan Pranarka K. 2009.*Geriatri Ilmu Kesehatan Lanjut Usia*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.

Helmi Noor, Zairin. 2012. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*, Jilid 1. Jakarta : Salemba Medika.

Herdman, T. Heather. 2012. *Diagnosis Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta : EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* Edisi 2.Jakarta : Salemba Medika.

Jitowiyono S. 2010. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*.Yogyakarta : Muha Medika.

Lukman dan Ningsih N. 2012.*Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan System Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.



Mansjoer, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC.

Muttaqin, A. 2011. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Nayagam dkk. 2010. *Apley's System of Orthopaedic and Fracture Ninth Edition*. Hodder Arnold. London.

Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*, Edisi 3. Jakarta : EGC.

Nurarif, Amin H & Kusuma, H. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 2*. Jakarta : EGC.

Price, S. A. & Wilson, L. M. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 1*. Jakarta: EGC.

Potter & Perry. 2009. *Fundamental of Nursing, Buku 1*, Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.

Riset Kesehatan Dasar, 2013. *Angka kejadian fraktur di Kalimantan Timur*.

Sjamsuhidajat dan De Jong. 2011. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi 3. Jakarta: EGC

