

ASUHAN KEPERAWATAN PADA
POST OPERASI FRAKTUR
CRURIS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI
RUANG YUDISTIRA RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH
JOMBANG

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 03-Sep-2025 11:22AM (UTC+0900)

Submission ID: 2719250122

File name: SENDY_AMELIA.doc (910.5K)

Word count: 12541

Character count: 84848

PROPOSAL KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA *POST OPERASI*
FRAKTUR CRURIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG YUDISTIRA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JOMBANG**



OLEH:

SENDY AMELIA

246410029

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Fraktur merupakan terputusnya jalinan antar tulang yang disebabkan oleh trauma, tekanan ataupun kelainan patologis (Pelawi & Purba, 2021). Fraktur dapat mengakibatkan terjadinya keterbatasan gerak, terutama di daerah sendi yang fraktur dan sendi yang ada di daerah sekitarnya. (Smeltzer & Bare, 2020). Pada pasien post operasi fraktur seseorang akan mengalami penurunan pada tingkat aktivitas dan kekuatan otot, sehingga dapat menurunkan rentang gerak sendi yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami hambatan pada setiap aktivitasnya (Purwanti dan Purwaningsih, 2021). Pada penderita fraktur, nyeri merupakan masalah yang paling sering dijumpai. Nyeri adalah mekanisme perlindungan bagi tubuh dalam hal ini adalah sebagai kontrol atau alarm terhadap bahaya. Nyeri pada fraktur bersifat akut, nyeri akut dapat diprediksi akan tetapi dapat membuat pasien frustrasi dan seringkali mengarah pada kecemasan dan depresi psikologi (Murwani, 2021). Setelah penyakit jantung coroner dan tuberculosis fraktur disebut sebagai penyebab kematian nomor tiga di Indonesia (Zahro, 2021).

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa lebih dari 5 juta orang meninggal setiap tahunnya dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik akibat fraktur tertutup (Febrina et al., 2023). Sedangkan di Indonesia tahun 2021 kasus fraktur sebanyak ²⁶ 1.775 orang (3,8%) dari 14.127 trauma benda tajam atau benda tumpul yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%). Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit jantung koroner dan tuberculosis (Zahro, 2021). Fraktur pada tahun 2018

terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Pratiwi, 2020). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2020 menyebutkan bahwa dari jumlah kecelakaan yang terjadi, terdapat 5,8% korban cedera atau sekitar 18 juta orang mengalami fraktur dengan jenis fraktur paling banyak terjadi yaitu fraktur pada ekstremitas atas sebesar 36,9% dan ekstremitas bawah 65,2%. Menurut Disartama (2020) di Indonesia kasus fraktur femur merupakan yang paling sering yaitu sebesar 39%⁸ diikuti fraktur humerus (15%), fraktur tibia dan fibula (11%), dimana penyebab terbesar fraktur femur adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor, atau kendaraan rekreasi (62,6%)²⁰ dan jatuh (37,3%) dan mayoritas adalah pria (63,8%) Di data RSUD Jombang pada tahun 2021 pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah sebanyak 148 pasien atau 20,3% yang berusia antara 10-65 tahun. 354 orang mengalami fraktur femur sebanyak 48,6 %, 225 orang mengalami fraktur cruris sebanyak 30,9. Jumlah total pasien fraktur yang melakukan pembedahan atau operasi sebanyak 727 pasien.

Fraktur biasanya disebabkan oleh kecelakaan, kelemahan tulang yang abnormal atau tekanan tulang berulang (Zahro, 2021). Insiden kecelakaan dapat menjadi penyebab terjadinya fraktur, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas seperti adanya trauma tumpul maupun terbuka, penekanan, penekulan. Fraktur dapat menyebabkan hilangnya fungsi anggota gerak, nyeri pembengkakan dan deformitas akibat pergeseran fragmen tulang, krepitasi akibat gesekan antar fragmen satu dengan lainnya. Fraktur cruris merupakan salah satu kasus kegawatan dimana apabila tidak segera ditangani mengakibatkan terjadinya

kontraktur sendi yaitu persendian menjadi kaku, tidak dapat digerakkan pada jangkauan gerak yang penuh dan mungkin menjadi cacat yang tidak dapat disembuhkan sehingga terjadinya hambatan nyeri akut (Brunner dan Suddarth, 2021). Selain itu nyeri post operasi akan meningkatkan stress post operasi dan memiliki pengaruh negatif pada penyembuhan nyeri, kontrol nyeri sangat penting sesudah pembedahan. Pengurangan nyeri dapat menurunkan kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat. Pengkajian nyeri dan kesesuaian analgetik harus digunakan untuk mengurangi nyeri post operasi (Torrance & Serginson, 2020). Tindakan untuk mengatasi nyeri dapat dibedakan dalam dua kelompok utama yaitu tindakan pengobatan (farmakologi) dan tanpa pengobatan (nonfarmakologi). Penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai tindakan penanganan nyeri berdasarkan stimulasi fisik maupun perilaku kognitif. Intervensi kognitif meliputi tindakan distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, umpan balik biologis, *hypnosis* dan sentuhan terapeutik serta stimulasi kulit dapat memberikan efek penurunan nyeri yang efektif. Tindakan mengalihkan perhatian klien sehingga klien berfokus pada stimulasi taktil dan mengabaikan sensasi nyeri yang pada akhirnya dapat menurunkan persepsi nyeri (Tamsuri, 2022).

Pencegah pasien *Post OP* bisa dengan melakukan fiksasi dengan gips atau spalk sebelum pembedahan serta pemasangan plat dan wirel pada saat pembedahan, ambulasi pada pasien fraktur, melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan Aktivity of Daily Living (ADL) secara mandiri sesuai kemampuan, pemberian alat bantu jika pasien memerlukan kepada pasien fraktur cruris dengan masalah nyeri akut (Asmadi, 2020). Ambulasi dini sangat penting dilakukan pada

pasien pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan ambulasi pasien akan semakin sulit untuk mulai berjalan (Yanti, 2021).

¹⁴ 1.2 Rumusan Masalah

³ Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien *post OP* fraktur cruris di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?

1.3 Tujuan masalah

1.3.1 Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan masalah nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang
2. Menetapkan diagnosa asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan masalah nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
3. Menyusun rencana tindakan atau intervensi asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
4. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan masalah nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

5. Melakukan evaluasi pada klien ¹⁵ *post op* fraktur cruris dengan masalah nyeri akut di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

³ I.4 Manfaat

1.4.1 Secara Teoritis

Sebagai sarana informasi untuk menambah pengetahuan dan referensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan masalah nyeri akut.

1.4.2 Praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dijadikan buku sebagai bacaan di perpustakaan sehingga bisa menambah wawasan bagi mahasiswa-mahasiswi Institut Teknologi Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai acuan untuk menambah wawasan dan ketrampilan perawat, klien, dan keluarga klien dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan nyeri akut.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai bahan agar bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan nyeri akut sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ³⁰ ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Definisi

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang rawan baik bersifat total maupun sebagian, penyebab utama dapat disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik tulang itu sendiri dan jaringan lunak disekitarnya (Helmi, 2021).

Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Pratiwi, 2021).

Fraktur cruris adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadi pada tulang tibia dan fibula. Fraktur terjadi jika tulang mendapatkan stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (Muttaqin, 2022).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Sulistyarningsih (2020) dalam penelitian (Pratiwi, 2021), berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :

1. Fraktur Terbuka

Fraktur terbuka adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi yaitu:

a. Derajat I

Kulit terbuka <1 cm biasanya dari dalam keluar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.

b. Derajat II

Kulit terbuka > 1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c. Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang luas, termasuk otot, kulit dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

1) Derajat III A

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

2) Derajat III B

Cidera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak, biasanya berhubungan dengan kontaminasi massif.

3) Derajat III C

Cidera vascular yang membutuhkan perbaikan

2. Fraktur Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan

berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

a. Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

b. Derajat I

Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak dipermukaan situs fraktur.

c. Derajat II

Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang mungkin dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

d. Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang luas, saraf dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen.

Menurut Purwanto (2020) dalam penelitian (Pratiwi, 2021), berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

a. Fraktur Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.

b. Fraktur Inkomplet

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.

c. Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

d. Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

e. Fraktur Spiral

Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.

f. Fraktur Kompresi

Yaitu terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.

g. Fraktur Kominutif

Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian.

h. ²² Fraktur Impaksi Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau fragmen retak

²²
2.1.3 Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya

1. Trauma Langsung

Trauma langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah.

2. Trauma tidak Langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang di tempat yang jauh dari tempat kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vector kekerasan.

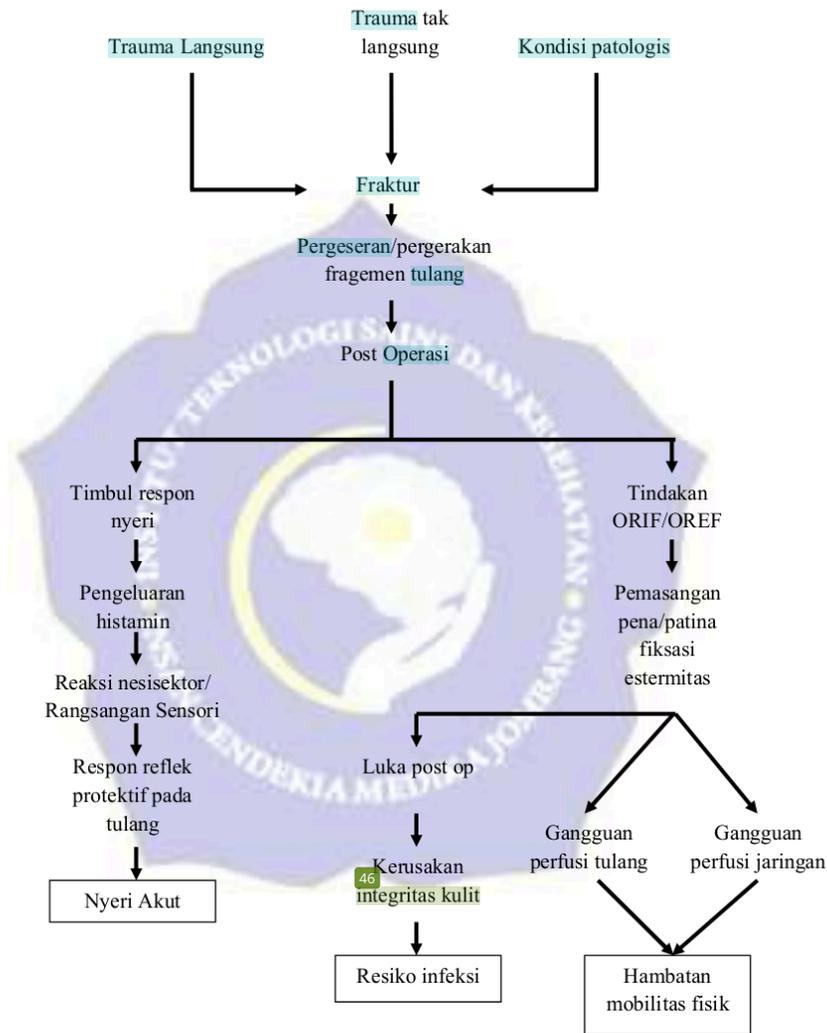
3. Trauma akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan dan penekanan kombinasi dari ketiganya dan penarikan. (Carpenito 2021).

2.1.4 Patofisiologi

Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Jika gayanya sangat ekstrem, seperti tabrakan mobil, maka tulang dapat pecah berkepingkeping. Saat terjadi fraktur, otot yang melekat pada ujung tulang dapat terganggu. Otot dapat mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi (Black dan Hawks, 2019).

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Relaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel berkumulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah setempat tersebut aktifitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru yang disebut calus (Brunner&Suddart, 2020) dalam penelitian (Pratiwi, 2021).

16
2.1.5 Pathway fraktur



Gambar 2. 1 Pathway Fraktur

¹² 2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Nurafif & Kusuma (2018), Tanda dan gejala dari fraktur antara lain:

1. Tidak dapat menggunakan anggota gerak.
2. Nyeri pembengkakan.
3. Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian atau jatuh dari kamar mandi pada orang tua, penganiayaan, tertimpa benda berat, kecelakaan kerja, trauma, olahraga).
4. Gangguan fisik anggota gerak.
5. Deformitas mengalami perubahan bentuk pada daerah fraktur.
6. Kelainan gerak.
7. Pembengkakan pada perubahan warna lokasi pada daerah fraktur.
8. Krepitasi atau dating dengan gejala-gejala lain.

2.1.6 Pemeriksaan Fisik

Kaji kronologi dari mekanisme trauma pada lokasi fraktur. Sering didapatkan keluhan nyeri pada luka terbuka.

1. Look. Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka pada ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada

kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.

2. Felel. adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi
3. Moveel. daerah tungkai yang patah tidak boleh di gerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2020) dalam penelitian (Pratiwi, 2021).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pada klien fraktur pemeriksaan yang di lakukan adalah sebagai berikut:

1. X-ray menentukan lokasi / luas fraktur.
2. Scan tulang memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Arteogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
4. Hitung darah lengkap: Hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan, peningkatan lekosit sebagai respon terhadap perdarahan.
5. Kretinin trauma otot meningkat beban kretinin untuk klirens ginjal.
6. Profil koagulasi perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati (Nurafif dan Kusuma 2020).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Tanpa Pembedahan
 - a. Proteksi adalah proteksi fraktur terutama untuk mencegah trauma lebih lanjut dengan cara memberikan tongkat pada anggota gerak bawah.
 - b. Imobilisasi dengan bidai eksterna. Imobilisasi pada fraktur dengan bidai eksterna hanya memberikan imobilisasi. Biasanya

menggunakan Gips atau dengan macam-macam bidai dari plastik atau metal.

- c. Reduksi tertutup dengan menggunakan manipulasi dan imobilisasi eksterna yang menggunakan gips. Reduksi tertutup yang diartikan manipulasi dilakukan dengan pembiusan umum dan lokal. Reduksi tertutup dengan **traksi kontinu dan counter traksi**. **Tindakan ini** mempunyai **tujuan utama, yaitu** beberapa reduksi yang bertahap dan imobilisasi.

2. Dengan Pembedahan

Pembedahan orthopedik biasanya meliputi hal-hal berikut : Reduksi terbuka dengan fiksasi internal dan eksternal; Graft tulang; amputasi; artroplasty, meniscectomy, penggantian sendi, penggantian sendi total transfer tendo, fasciotomi. Berikut penjelasan dari setiap metode:

- a. Reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal dan fiksasi internal (Open Reduction Internal/External Fixation)

Pembedahan harus dilaksanakan secepatnya **(dalam waktu satu minggu)** dan dilakukan di kamar operasi, alat-alat yang digunakan dalam operasi yaitu: **kawat bedah, kawat kirschner, screw, screw dan plate, pin, kuntscher intrameduler, pin rush, pin stelinmann, pin trephine (pin smith peterson), platel dan screw smith peterson, pin plate teleskopik, pin jewett dan protesis**. Selain alat-alat metal, **tulang yang hidup atau mati** dapat pula digunakan berupa bone graft baik auto graft atau alograft, untuk mengisi defek tulang atau pada fraktur yang nonunion. Operasi dilakukan

dengan membuka daerah fraktur dan fragmen direduksi secara akurat dengan penglihatan langsung. Saat ini operasi pada tulang dikembangkan oleh grup ⁴³ ASIF (Association for the Study of Internal Fixation) dengan menggunakan metode AO/Theil Arbelitsgelmelnschaft für osteosyntheselagen. Prinsip operasi teknik AO berupa reduksi akurat, reduksi rigid dan mobilisasi dini.

b. Fiksasi internal atau Open Reduction Internal Fixation (ORIF)

Dengan melakukan reduksi terbuka dan membuat tulang sejajar, selanjutnya dilakukan fiksasi interna yaitu stabilisasi fraktur yang telah direduksi dengan sekrup, plat, paku dan pin logam. Indikasi fraktur intra artikuler, reduksi tertutup yang mengalami kegagalan bila terdapat interposisi jaringan diantara kedua fragmen bila diperlukan ⁴ fiksasi rigid bila terjadi fraktur dislokasi yang tidak dapat ditangani dengan reduksi tertutup bila terdapat kontraindikasi pada imobilisasi eksterna, sedangkan diperlukan mobilisasi yang cepat, eksisi fragmen yang kecil, eksisi fragmen tulang yang kemungkinan mengalami nekrosis avaskuler, fraktur avulse, fraktur epifisis tertentu ⁴ pada grade III dan IV (Sater-Harris) pada anak-anak fraktur multipel untuk mempermudah perawatan misalnya fraktur vertebra yang disertai paraplegia.

c. Fiksasi Eksternal atau Open Reduction Eksternal Fixation (ORELF)

Alat yang dapat memberi dukungan yang stabil untuk fraktur comminuted (remuk) sementara jaringan lunak yang hancur dapat

ditangani dengan aktif. Tujuannya adalah untuk mengoreksi defek angulasi dan rotasi. Bila bengkak sudah hilang pasien dapat dimobilisasi. Alat yang digunakan kanelosa screw dengan metimetakrilat (akrilik gigi) atau fiksasi eksterna dengan jenis-jenis lain menurut Ao atau inovasi sendiri dengan mempergunakan Screw Schanz.

Indikasi fraktur terbuka grade II dan III fraktur terbuka disertai hilangnya jaringan atau tulang yang hebat fraktur dengan infeksi atau infeksi pseudoartrosis fraktur jaringan ikat kadang-kadang pada fraktur tungkai bawah pasien diabetes mellitus.

3. Graft tulang

Melakukan penggantian jaringan tulang (graft autolog maupun graft heterolog), dengan tujuan untuk memperbaiki penyembuhan, menstabilisasi atau mengganti tulang yang rusak atau berpenyakit. Graft tulang menggunakan tiga sumber jaringan tulang yaitu: autograft adalah bila sumber dari pasiennya sendiri Alograft (Homograft) adalah sumber tulang berasal dari orang lain yang biasanya disimpan dalam bank tulang Xenograft (Heterograft) adalah bila sumber tulang bukan berasal dari manusia tetapi spesies yang lain.

4. Menisectomi

Eksisi fibrokartilago sendi yang telah rusak.

5. Artroplasti

Memperbaiki masalah sendi dengan artroskop (suatu alat yang memungkinkan ahli bedah mengoperasi dalam sendi tanpa irisan yang besar) atau melalui pembedahan sendi terbuka.

6. Penggantian sendi atau pemakaian protesis

Penggantian permukaan sendi dengan bahan logam atau sintetis. Ada 2 jenis pemakaian protesis yaitu Half Joint Replacement Arthroplasty yaitu penggantian salah satu bagian tulang sendi dengan alat sintetis seperti pada Austin Moorel, Thompson, atau Helmiarthroplasty pada sendi lutut.

Penggantian sendi total (Total Replacement Arthroplasty) adalah suatu operasi penggantian kaput dan permukaan sendi secara total. Biasanya dilakukan pada sendi panggul, lutut, siku dan kadangkala pada sendi bahu. Penggantian sendi total adalah penggantian kedua permukaan artikuler dalam sendi dengan bahan logam atau sintetis. Indikasi pembedahan ini meliputi arthritis, fraktur kolum femur, pembedahan rekonstruksi sebelumnya (kerusakan prosthesis, osteotomi, penggantian kaput femoris), dan masalah karena penyakit panggul congenital.

7. Amputasi

Penghilangan bagian tubuh, dengan tujuan untuk menghilangkan gejala, memperbaiki fungsi, dan menyelamatkan atau memperbaiki kualitas hidup pasien. Kehilangan ekstremitas memerlukan penyesuaian dengan adanya perubahan citra diri

permanen, mobilitas atau kemampuan fisik untuk mengakomodasikan diri dengan penggunaan alat bantu.

8. Transfer Tendon

Pemindahan insersi tendon untuk memperbaiki fungsi.

9. Fasiotomi

Pemotongan ¹²fasia otot untuk menghilangkan **konstriksi otot** atau mengurangi **kontraktur fasia** (Agesta, 2020).

2.2 Skala Pengukuran Nyeri

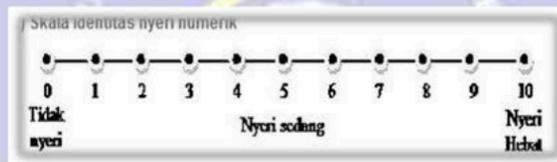
Menurut Smeltzer dalam Qittun (2020) ada 3 metode yang umumnya digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri yaitu *Verbal Descriptor Scale* (VDS), *Visual Analog Scale* (VAS), dan *Numerical Rating Scale* (NRS)

A. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.



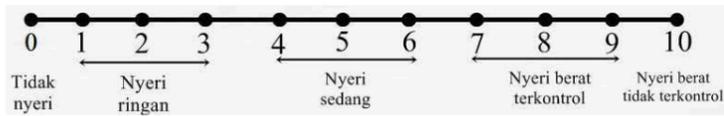
Gambar 2. 1 Skala Intensitas Nyeri Analog Visual

- B. Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.



Gambar 2. 2 Skala Intensitas Nyeri Numerik

- C. Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 2. 3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan: secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang, dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

53 2.3 Konsep Dasar Postoperative (post op)

2.3.1 Definisi postoperative

Periode *postoperative* adalah periode yang dimulai dari selesainya prosedur operasi dan pemindahan pasien ke area khusus untuk pemantauan seperti unit perawatan pasca anestesi (PACU) dan dapat dilanjutkan setelah keluar dari rumah sakit sampai semua pembatasan

dicabut. Sementara untuk pasien yang dalam kondisi kritis setelah dilakukan operasi akan langsung dipindahkan dari ruang operasi ke dalam ruang perawatan intensif (ICU) (Donna D. Ignatavicius, et al., 2020). Setelah prosedur operasi selesai, pasien memasuki masa *postoperative*. Periode post op membutuhkan pengawasan ketat saat pasien selesai dari anestesi. Pasien kemudian akan dipindahkan ke ruangan yang lain pada hari yang sama untuk menjalani perawatan *postoperative* (Jim Keogh, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa periode perawatan *postoperative* adalah periode perawatan yang dimulai sejak pasien selesai dilakukan tindakan operasi dengan melakukan pengawasan ketat terhadap perubahan kondisi kesehatan selama berada di ruang pemulihan atau ruang perawatan *post anestesia* hingga pasien dipindahkan ke ruang rawat biasa dan kemudian pasien dibolehkan untuk keluar dari rumah sakit.

2.3.2 Fase *postoperative*

Terdapat tiga fase perawatan *postoperative*. Fase-fase ini didasarkan pada tingkat kebutuhan perawatan pasien *postoperative*, tetapi tidak semua pasien melalui tiga fase perawatan *postoperative* (Jim Keogh, 2019). Fase pertama, terjadi segera setelah operasi, biasanya setelah tindakan operasi dilakukan, pasien ditempatkan di ruang post anestesi atau biasa disebut *recovery room* (RR/PACU) meskipun biasanya ada pasien yang langsung ditempatkan di ruang rawat inap

biasa. Untuk itu, pasien yang memiliki prosedur yang rumit atau masalah kesehatan yang serius, perawatan fase pertama dapat dilakukan di ruang perawatan intensif (ICU). Lama pasien untuk mendapatkan perawatan fase pertama adalah tergantung pada status kesehatan, prosedur pembedahan, tipe anestesi, dan kecepatan perkembangan kestabilan. Hal ini membutuhkan waktu kurang lebih selama satu jam hingga satu hari. Pengawasan ketat dilakukan terhadap jalan nafas, tanda-tanda vital, dan indikator pemulihan yang bervariasi setiap 5 hingga 15 menit. Waktu pengawasan meningkat secara bertahap seiring kemajuan pemulihan pasien.

Fase kedua, pemulihan fase kedua berfokus pada persiapan perawatan pasien dalam ruang perawatan yang lebih luas, seperti ruang bedah medis, ruang rawat inap, atau tempat tinggal. Fase ini bisa dimulai di ruang perawatan post anestesi, ruang bedah-medis, atau di ruang rawat jalan. Biasanya fase ini membutuhkan waktu 15-30 menit meskipun pada umumnya dapat mencapai 1-2 jam. Pasien berada di fase ini ketika tingkat kesadaran *postoperative* telah kembali, saturasi oksigen dalam batas normal, dan tanda-tanda vital mulai stabil. Beberapa pasien dapat menapai indikator ini pada fase pertama dan dapat langsung dipulangkan ke rumah. Namun banyak pasien lain yang haru memerlukan observasi lebih lanjut. Fase ketiga dari pemulihan *postoperative* paling sering terjadi di rumah sakit atau di rumah. Untuk pasien yang memiliki kebutuhan perawatan berkelanjutan yang tidak dapat dilakukan di rumah, pemulangan mungkin dari rumah

sakit ke fasilitas perawatan tambahan. Meskipun demikian, tanda-tanda vital tetap dipantau dengan frekuensi yang berubah tergantung perkembangan pasien, mulai dari beberapa kali dalam sehari hingga menjadi sekali dalam sehari.

2.3.3 Komplikasi *postoperative*

Perawatan *postoperative* difokuskan untuk mengidentifikasi beberapa komplikasi yang mungkin bisa muncul akibat pengaruh anestesi dan sebagainya. Komplikasi yang umum terjadi *postoperative* melibatkan sistem kardiovaskuler, sistem pernafasan, sistem gastrointestinal, dan resiko terjadi infeksi pada luka insisi (Jim Keogh, 2019).

a. Komplikasi sistem kardiovaskuler

Pasien dapat mengalami komplikasi sistem kardiovaskuler karena tekanan fisiologis akibat pembedahan, efek samping anestesi atau obat lain, atau komorbiditas. Infark miokard, aritmia, hipotensi, mungkin terjadi selama operasi atau dalam periode segera *postoperative*. Saat mengeluarkan pasien dari tempat tidur untuk pertama kali setelah operasi, sebaiknya pasien duduk di sisi tempat tidur selama satu atau dua menit sebelum berdiri untuk memastikan apakah pasien merasa pusing karena tekanan darah berubah terkait perubahan posisi. Thrombosis vena dalam (DVT) adalah komplikasi vaskuler yang kemudian dikaitkan dengan peradangan dan penurunan mobilitas setelah operasi. Gejala yang timbul ketika pasien mengalami komplikasi sistem kardiovaskuler *postoperative* diantaranya adalah

nyeri dada yang khas akibat iskemik miokard, sesak nafas dan pusing akibat perubahan curah jantung dan perfusi jaringan, palpitasi akibat aritmia jantung, hipotensi karena penurunan curah jantung, nyeri betis unilateral dan pembengkakan pada ekstremitas bawah karena DVT.

b. Komplikasi sistem pernafasan

Pasien dengan riwayat gangguan pernafasan, obesitas, atau prosedur bedah dada atau perut bagian atas beresiko lebih besar mengalami komplikasi pernafasan *postoperative*. Setelah operasi, pasien tidak bergerak. Kurangnya aktivitas fisik ini menyebabkan berkurangnya pergerakan dinding dada dan diafragma yang mengakibatkan penurunan jumlah pertukaran udara. Kantung alveolar bisa runtuh, menyebabkan area atelectasis. Obat nyeri dapat mempengaruhi status pernafasan dengan menurunkan dorongan pernafasan. Pasien dengan peningkatan resiko komplikasi pernafasan dapat mengalami pneumonia pada periode *postoperative* karena aliran udara yang berkurang, sekresi pernafasan meningkat, dan proses inflamasi. Pasien dengan peningkatan resiko pembekuan atau DVT, atau mereka yang mengalami keadaan hiperkoagulasi beresiko mengalami emboli paru. Gejala yang didapatkan saat pasien mengalami komplikasi sistem pernafasan adalah sesak nafas karena aliran udara dan oksigenasi menurun, nyeri dada di area atelektasis karena kolapsnya kantung alveolar di area tersebut, batuk produktif dan demam akibat pneumonia, kadar oksigen yang

berkurang karena pertukaran gas terganggu pada atelektasis, pneumonia, dan emboli paru.

c. Komplikasi sistem gastrointestinal

Setelah pemberian anestesi atau obat pereda nyeri, pasien mungkin mengalami mual, muntah, konstipasi, atau ileus paralitik. Mual merupakan efek samping yang umum dari anestesi dan obat pereda nyeri. Setelah pasien muntah, obat antiemetik mungkin diperlukan untuk memutus siklusnya. Pengobatan berbasis opioid dan penurunan aktivitas dapat menyebabkan perlambatan aktivitas peristaltic, sehingga menyebabkan sembelit. Pasien yang menjalani prosedur abdominal memiliki resiko lebih besar untuk mengalami ileus paralitik sebagai komplikasi *postoperative*.

Gejala yang timbul biasanya mual, muntah, ketidaknyamanan di area perut terkadang disertai distensi, bising usus melambat atau bahkan tidak ada karena perubahan motilitas usus sehingga terjadi sembelit.

d. Infeksi

Infeksi luka bisa berkembang pada periode *postoperative*. Luka mungkin terkontaminasi sebelum operasi, seperti dengan trauma tebus, atau mungkin terinfeksi selama penyembuhan. Permukaan kulit memiliki bakteri yang secara alami memang ada, biasanya disebut dengan flora normal. Bakteri ini bisa masuk ke dalam luka dan menyebabkan infeksi. Infeksi nosocomial juga dapat terjadi di tempat pembedahan, yang disebabkan oleh bakteri yang ditemukan di tempat lain di rumah sakit. Infeksi pada luka operasi

akan memperlambat penutupan tepi luka dan menunda penyembuhan. Gejala yang timbul saat ada infeksi diantara lain yaitu meningkatnya nyeri pada luka bedah karena proses inflamasi di awal infeksi, kemerahan di tepi luka yang menyebar jika tidak diobati, perubahan warna dan bau drainase dari lokasi luka karena respon tubuh terhadap keberadaan bakteri, biasanya disertai demam.

e. Nyeri

Nyeri yang timbul karena pasca pembedahan diakibatkan oleh menurunnya efek-efek anestesi yang diberikan saat akan dilakukan prosedur operasi. Rasa nyeri yang dirasakan pasien adalah dari nyeri ringan, sedang, hingga berat tergantung perspektif masing-masing pasien

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Lakukan pengkajian pada identitas klien dan isi identitasnya yang meliputi: nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, dan tanggal pengkajian serta siapa yang bertanggung jawab terhadap klien.

2. Keluhan utama

Penderita biasanya mengeluh nyeri, keterbatasan gerak.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang atau pernah mengalami tindakan operasi apa tidak.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada umumnya penderita mengeluh nyeri pada daerah luka (pre/post op).

c. Riwayat kesehatan keluarga

Didalam anggota tidak / ada yang pernah mengalami penyakit fraktur / penyakit menular.

4. Keadaan umum

Kesadaran: compos mentis, somnolen, ⁷ apatis, sopor koma dan koma dan apakah klien paham tentang penyakitnya.

5. Pengkajian Kebutuhan Dasar

a. Rasa nyaman/nyeri

Gejala: nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan/kerusakan tulang, dapat berkurang ⁷ pada imobilisasi), tidak ada nyeri akibat kerusakan saraf.

Spasme/kram otot (setelah imobilisasi).

b. Nutrisi

Pada klien **fraktur harus** mengkonsumsi **nutrisi** melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

c. Kebersihan Perorangan

Klien fraktur pada umumnya sulit melakukan perawatan diri.

d. Cairan

Perdarahan dapat terjadi pada klien fraktur sehingga dapat menyebabkan resiko terjadi kekurangan **cairan**.

e. Aktivitas dan Latihan

Kehilangan **fungsi pada bagian yang terkena dimana aktifitas dan latihan** mengalami perubahan/gangguan akibat adanya luka sehingga perlu dibantu.

f. Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi. Sedangkan pada pola eliminasi

urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

g. Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur

h. Neurosensory

Biasanya klien mengeluh nyeri yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan lunak dan hilangnya darah serta cairan seluler ke dalam jaringan. Gejala: Kesemutan, Deformitas, krepitasi, pemendekan, kelemahan.

i. Keamanan

Tanda dan gejala: laserasi kulit, perdarahan, perubahan warna, pembengkakan local.

j. Seksualitas

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

k. Keseimbangan dan Peningkatan Hubungan Resiko serta Interaksi Sosial

Psikologis gelisah, sedih, terkadang merasa kurang sempurna.
Sosiologis komunikasi lancar/tidak lancar, komunikasi verbal/nonverbal dengan orang terdekat/keluarga, spiritual dan dibantu dalam beribadah.

6. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: dikaji GCS pasien.
- b. System Integumen: kaji ada tidaknya eritema, bengkak, oedema, nyeri tekan.
- c. Kepala: kaji bentuk kepala, apakah terdapat benjolan, apakah ada nyeri kelpala.
- d. Leher: kaji ada tidaknya benjolan kelenjar tiroid, dan reflek menelan.
- e. Muka: kaji ekspresi wajah pasien ⁶wajah, ada tidak perubahan fungsi maupun bentuk. Ada atau tidak lesi, ada tidak oedema.
- f. Mata: kaji konjungtiva anemis atau tidak (karena tidak terjadi perdarahan).
- g. Telinga: kaji ada tidaknya lesi, nyeri tekan, dan penggunaan alat bantu pendengaran.
- ⁶h. Hidung: kaji ada tidaknya deformitas, dan pernapasan cuping hidung.
- i. Mulut dan Faring: kaji ada atau tidak pembesaran tonsil, perdarahan gusi, kaji mukosa bibir pucat atau tidak.
- j. Paru
 1. Inspeksi: kaji ada tidaknya pernapasan meningkat.

2. Palpasi: kaji pergerakan sama atau simetris, fermitus raba⁶ sama.

3. Perkusi: kaji ada tidaknya redup atau suara tambahan.

4. Auskultasi: kaji ada tidaknya suara nafas tambahan.

k. Jantung

1) Inspeksi: kaji ada tidaknya iktus jantung.

2) Palpasi: kaji ada tidaknya nadi meningkat, iktus teraba atau tidak.

3) Perkusi: kaji suara perkusi pada jantung

4) Auskultasi: kaji adanya suara tambahan.

l. Abdomen

1) Inspeksi: kaji kesimetrisan, ada atau tidak hernia.

2) Auskultasi: kaji suara Peristaltik usus pasien.

3) Perkusi: kaji adanya suara.

4) Palpasi: ada atau tidak nyeri tekan.

m. Ekstremitas

1) Atas: kaji kekulatan otot, adanya keterbatasan atau hambatan pergerakan rom kanan dan kiri, capillary refiel, perubahan bentuk tulang.

2) Bawah: kaji kekuatan otot, adanya keterbatasan atau hambatan pergerakan rom kanan dan kiri, capillary refiel, dan perubahan bentuk tulang.

2.4.2 Diagnosis keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

2.4.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 intervensi

Diagnosa	SLKI	SIKI
Nyeri berhubungan dengan pasca pembedahan, pembengkakan, imobilisasi. (D.0077)	Akut Tingkat nyeri (L.08066) Kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Kesulitan tidur cukup menurun (4) 4. Frekuensi nadi cukup membaik (4) 5. Tekanan darah membaik (5)	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TELNS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
Gejala Tanda Mayor : Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur		
Gejala Tanda Minor : Subjektif (-) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir		

Diagnosa	SLKI	SIKI
terganggu		Edukasi
5. Menarik diri		7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
6. Berfokus pada diri sendiri		8. Jelaskan strategi meredakan nyeri
7. Diaforesis		9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		Kolaborasi
		10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang (D.0054).	Mobilitas meningkat (L.05042)	Dukungan Mobilisasi (I.05173)
Gejala Tanda Mayor : Subjektif	1. Nyeri menurun (5)	Observasi
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	2. Gerakan terbatas cukup menurun (4)	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
Objektif	3. Kelemahan fisik menurun (5)	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
1. Kekuatan otot menurun		3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
2. Rentang gerak (ROM) menurun		4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Gejala Tanda Minor : Subjektif		Terapeutik
1. Nyeri saat bergerak		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
2. Enggan melakukan pergerakan		6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
3. Merasa cemas saat bergerak		7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan

Diagnosa	SLKI	SIKI
Objektif		pergerakan
1. Sendi kaku		Edukasi
2. Gerakan tidak terkoordinasi		8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
3. Gerakan terbatas		9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
4. Fisik lemah		10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Resiko berhubungan dengan kerusakan kulit (D.0142)	infeksi dengan integritas (L.14137) Kriteria hasil: 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5)	infeksi Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : 2. Berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi : 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 6. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

3 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan salah satu bagian dari asuhan keperawatan yang merupakan tindakan kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang

dikeluhkan oleh pasien, biasanya implementasi mengikuti perencanaan yang sudah ditetapkan agar dapat tercapainya tujuan dan hasil yang diperkirakan tetapi banyak terdapat dilingkungan kesehatan biasanya implementasi dilakukan setelah melakukan pengkajian (Potter&Perry,2018).

4 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah sebuah kegiatan atau program dilaksanakan sesuai perencanaan dan berhasil mencapai tujuan atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil akhir dengan apa yang seharusnya dicapai menggunakan SOAP (subjektif, objektif, asesmen, plening). Evaluasi merupakan proses asuhan keperawatan yang dapat menentukan apakah intervensi yang dilakukan oleh perawat sudah dapat meningkatkan kondisi pasien menjadi lebih baik (Potter&Perry,2018).



²¹ BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ⁹ yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *post op* fraktur cruris dengan masalah hambatan nyeri akut.

3.2 Batasan Istilah

Peneliti memberi batasan istilah untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul ²¹ penelitian, batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan adalah Suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada relaksi dan respons untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya konpitus tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya
3. Masalah: Diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana

3.3 Partisipan

Satu pasien dewasa yang terdiagnosa post op fraktur cruris di ³ Ruang Yudistira RSUD Jombang.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur.

3.4.2 Waktu

Penelitian ini berlangsung pada bulan Januari sampai bulan Juli 2025, dimulai dari perencanaan proposal hingga penyelesaian laporan hasil akhir penelitian.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Studi Dokumentasi

Dalam *case report* ini menggunakan studi dokumentasi yang dibuat dengan menggunakan asuhan keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya, memeriksa E-RM pasien dan pemeriksaan penunjang lain seperti hasil laboratorium.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan

Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah

menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semula data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus, yaitu:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi (pengamatan), dokumentasi hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan tersruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan ditelaah, dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan

menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian ⁵ **dibandingkan nilai normal.**

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, dibandingkan ⁴⁴ dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoritis antara perilaku kesehatan.

5. Kesimpulan

⁵ Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan ⁹ dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1. Anonymity

Peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden, tetapi hanya inisial saja.

2. Confidentiality (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi klien dijamin oleh ³¹peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan hasil penelitian.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Asuhan Keperawatan pada Ny.N dengan masalah *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruangan Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pengumpulan data untuk studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang terletak di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 tepatnya di ruangan Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

4.1.2 Karakteristik Partisipan (Identitas Pasien)

Pasien adalah perempuan bernama Ny. N berusia 53 tahun, beragama Islam, sudah menikah, pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah, bertempat tinggal di Peterongan Kabupaten Jombang, suku Jawa, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Jawa. Klien dirawat dengan diagnosis medis *fracture cruris*

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1. PENGKAJIAN

Tanggal MRS : 10-10-2024
Tanggal Pengkajian : 13-10-2024
Jam Pengkajian : 10.00 WIB
Jam Masuk : 09.00 WIB
No. RM : 457X
Diagnosa : *Fracture Cruris*

2. IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien : Ny. N
Umur : 53 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tidak bekerja
Status Pernikahan : Menikah
Alamat : Peterongan, Jombang

3. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. P
Umur : 31 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Status Pernikahan : Menikah
Alamat : Peterongan, Jombang
Penanggung Jawab Biaya : Anak

4. RIWAYAT KESEHATAN

KELUHAN UTAMA :

Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada luka *post* operasi *Fraktur Cruris*

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami kecelakaan sepeda motor pada tanggal 10 Oktober 2024 sepulang dari pasar, Pasien mengatakan mengendarai sepeda motor sendiri untuk menuju ke rumah kemudian terserempet sepeda motor lain dan terjatuh dengan posisi tengkurap ke kanan. Kemudian tungkainya yang sebelah kanan terkena aspal jalan karena pasien menggunakan tungkai kanannya sebagai tumpuan. Oleh sebab itu pasien menderita patah tulang. Saat jatuh pasien tidak mengalami pingsan. Pasien dibawa ke IGD RSUD Jombang, dan pasien dirawat di ruang Yudistira. Saat pengkajian pasien didapatkan P: nyeri karena fraktur Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada tungkai kaki sebelah kanan S : skala nyeri 7 T : nyeri yang dirasakan terus-menerus

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang serius seperti diabetes (-), hepatitis (-), dan penyakit serius lainnya.

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga yang menular, diabetes, maupun hepatitis dalam keluarga.

5. POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

2. Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok, serta tidak terdapat riwayat konsumsi rokok. Riwayat penggunaan alkohol juga tidak ada. Selain itu, tidak pernah mengonsumsi obat-obatan terlarang atau melakukan penyalahgunaan zat psikotropika. Tidak terdapat riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, maupun faktor lainnya. Harapannya selama menjalani perawatan di rumah sakit adalah dapat segera sembuh dan pulih seperti sediakala. Mengenai pengetahuan tentang penyakit, yang bersangkutan mengaku kurang memahami kondisi yang dialami, termasuk penyebab, proses, maupun penanganannya. Namun, cukup memahami aspek keamanan dan keselamatan diri, baik di lingkungan rumah maupun selama berada di rumah sakit.

3. Nutrisi dan Metabolik

4. Pola makan pasien menggunakan jenis diet Tinggi Kalori Tinggi

Protein (TKTP) dengan jumlah porsi teratur, yaitu tiga kali sehari. Meskipun demikian, nafsu makan menurun sehingga hanya mampu menghabiskan setengah porsi setiap kali makan. Tidak terdapat kesulitan menelan selama mengonsumsi makanan. Asupan cairan harian berkisar ± 1000 ml, dengan air putih sebagai sumber utama cairan yang dikonsumsi.

3. Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri ⁴²	0	1	2	3	4
Makan/minum			√		
Mandi			√		
Toileting				√	
Berpakaian			√		
Berpindah			√		
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM ⁸			√		

0: Mandiri 2: Dibantu orang 4: Tergantung total

1: Menggunakan alat bantu 3: Dibantu orang lain dan alat

a. Alat bantu : terpasang kateter

b. Data lain : -

4. Tidur dan Istirahat

Pasien memiliki kebiasaan tidur pada pukul 21.00 setiap malam dengan lama tidur rata-rata 7 hingga 8 jam. Namun, saat ini mengeluhkan kualitas tidur yang kurang nyenyak akibat nyeri yang dirasakan.

5. Eliminasi

Pola defekasi teratur dengan frekuensi satu kali setiap hari, dan feses berwarna kuning. Tidak memiliki riwayat kolostomi maupun pernah menjalani prosedur tersebut. Saat ini pasien menggunakan kateter urin sehingga pengeluaran urine tidak terjadi secara spontan, melainkan melalui kateter. Urine yang keluar berwarna kuning dengan jumlah total sekitar 2000 cc dalam 24 jam, yang masih berada dalam batas normal.

6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

Pasien mengungkapkan merasa lemah dan tidak berdaya akibat sakit yang dialami. ⁴⁹ Dalam kehidupan sehari-hari berperan sebagai seorang istri, dan mampu mengenali dirinya dengan baik. Harapan utama adalah dapat sembuh dan segera berkumpul kembali bersama keluarga. Penampilan

tampak bersih, dan dalam menghadapi sakitnya, pasien menunjukkan mekanisme coping yang adaptif dengan mengikuti seluruh pengobatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

7. Peran dan Hubungan Sosial

Pasien mendapatkan dukungan penuh dari keluarga selama menjalani perawatan. Interaksi dengan orang lain berlangsung baik, ditunjukkan dengan kemampuan berkomunikasi secara efektif dan menjalin hubungan yang positif dengan orang di sekitarnya

8. Seksual dan Reproduksi

Data mengenai frekuensi dan hambatan dalam hubungan seksual belum terkaji pada saat ini. Pasien menyatakan telah memasuki masa menopause sehingga tidak lagi mengalami menstruasi secara aktif, serta tidak memiliki masalah terkait menstruasi.

9. Kognitif Perseptual

Pasien menunjukkan keadaan mental yang baik tanpa tanda gangguan mental. Mampu berbicara dengan jelas, lancar, dan tanpa gangguan seperti cadel, gagap, atau afasia. Pemahaman terhadap pertanyaan baik, dengan respons yang tepat dan tingkat pemahaman sesuai selama proses komunikasi. Mengaku sedikit cemas terhadap kondisi yang dialami, namun tetap mampu mengontrol emosi dengan baik. Tidak terdapat gangguan pendengaran, terbukti dari kemampuan menangkap suara dan merespons percakapan tanpa alat bantu dengar. Penglihatan juga dalam batas normal, dapat melihat dengan jelas tanpa keluhan kabur, buram, atau

nyeri pada mata. Saat pengkajian dilakukan, tidak ada keluhan nyeri yang dirasakan.

10. Nilai dan Keyakinan

Pasien memeluk agama Islam dan menjalankan keyakinan serta praktik keagamaan sesuai ajarannya. Meyakini bahwa penyakit yang dialami dapat disembuhkan melalui perawatan yang tepat.

6. PENGKAJIAN

a. Vital Sign

Tekanan Darah : 120/93 mmHg

Nadi : 107x/menit

Suhu : 36,5⁰ C

RR : 20x/menit

b. Kesadaran : Composmentis

GCS : 456

c. Keadaan Umum

Status gizi : gemuk

BB : 55kg

TB : 150cm

Sikap : Tampak meringis menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

- a. Warna rambut : warna rambut terlihat putih
- b. Kuantitas rambut : banyak
- c. Tekstur rambut : halus

- d. Kulit kepala : bersih tidak ada luka
 - e. Bentuk kepala : normal
 - f. Data lain : tidak ada
- 2) Mata
- a. Konjungtiva : normal tidak anemis
 - b. Sclera : putih bersih
 - c. Reflek pupil : isokor +/-
 - d. Bola mata : normal
 - e. Data lain : tidak ada
- 3) Telinga
- a. Bentuk telinga : normal
 - b. Kesimetrisan : simetris
 - c. Pengeluaran cairan : tidak ada pngeluaran cairan
 - d. Data lain : tidak ada
- 8
4) Hidung dan Sinus
- a. Bentuk hidung : normal
 - b. Warna : apatis tidak ada sianosis
 - c. Data lain : tidak ada
- 8
5) Mulut dan Tenggorokan
- a. Bibir : normal
 - b. Mukosa : kering
 - c. Gigi : terdapat lubang pada gigi geraham
 - d. Lidah : bersih
 - e. Palatum : normal

- f. Faring : normal
 - g. Data lain : tidak ada
- 6) Leher
- a. Bentuk : simetris
 - b. Warna : sawo matang
 - c. Posisi trakea : normal
 - d. Pembesaran tiroid : tidak ada pembesaran tiroid
 - e. JVP : tidak ada
 - f. Data lain : tidak ada
- 7) Thorax
- Paru-paru
- a. Bentuk dada : simetris
 - b. Frekuensi nafas : 20x/menit
 - c. Kedalaman nafas : normal
 - d. Jenis pernafasan : apnea
 - e. Retraksi dada : tidak terdapat retraksi dada
 - f. Irama nafas : reguler
 - g. Ekspansi paru : normal
 - h. Vocal fremitus : normal
 - i. Nyeri : tidak ada
 - j. Batas paru: tidak terkaji
 - k. Suara nafas : vesikuler
- Jantung
- a. Ictus cordis : tidak terlihat tetapi teraba

- b. Nyeri : tidak ada
- c. Batas jantung : tidak terkaji
- d. Bunyi jantung : S1 S2 tunggal
- e. Data lain : tidak
- 8) Abdomen
- a. Bentuk perut : datar tidak ada pembengkakan/benjolan
- b. Warna kulit : sawo matang
- c. Lingkar perut : ± 80 cm
- d. Bising usus : 20x/menit
- e. Massa : tidak ada
- f. Acites : tidak ada
- g. Nyeri : tidak ada
- h. Data lain : tidak ada
- 9) Genetalia
- a. Kondisi meatus : terpasang kateter
- b. Kelainan skrotum : tidak terdapat kelainan
- c. Odem vulva : tidak ada odem
- d. Kelainan : tidak ada
- e. Data lain : tidak ada
- 10) Ekstremitas
- a. Kekuatan otot:
- | | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 3 | 5 |
- b. Turgor : < 2 detik
- c. Odem : terdapat odem pada area luka

d. Nyeri : nyeri pada area luka dan area fraktur pada tungkai
ekstremitas bawah bagian kanan

8
e. Warna kulit : sawo matang

f. Akral : hangat

g. Sianosis : tidak ada

h. Parese : tidak ada

i. Alat bantu : kursi roda

j. Data lain : Tidak ada

e) Pemeriksaan Penunjang :

LABORATORIUM : 11 Oktober 2023

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL	
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	L 13 g/dl	13.2 – 17.3	g/dl
Leukosit	H 11,99	3.8 – 10.6	10 ³ /ul
Hematokrit	L 18,9%	40 – 52	%
Eritrosit	L 3.1	4.4 – 5.9	10 ⁶ /ul
MCV	L 77.9	82 – 92	fl
MCH	28.6	27 – 31	pg
MCHC	H 36.7	31 – 36	g/l
RDW-CV	12.1	11.5 – 14.5	%
Trombosit	338	150 – 440	10 ³ /ul
Hitung jenis			
Eosinofil	L 1	2 – 4	%
Basofil	0	0 – 1	%
Segmen	H 55	50 – 70	%
Limfosit	L 22	25 – 40	%
Monosit	6	2 – 8	%
Retikulosit	H 29,8	5-20	%
Ret-He	L 0.01	< 0.2	
KIMIA DARAH			
Kreatinin	H 7,4	0.90 – 1.30	mg/dl
BUN	H 38,02	13.0 – 43.0	mg/dl
LAIN-LAIN			
Glukosa Darah Sewaktu (GDS)	H 170	<200	mg/dl

A. EKG : Sinus rhythm

f) Terapi Medik :

Infus Nacl 0,9% 1500/24jam

Injeksi Katerolac 30mg 1x1

Injeksi Ranitidine 50mg 2x1

Paracetamol 3x100ml

Ceftriaxone 2x1gr

Tabel 4.1 Analisa data

1. Analisa Data

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	DS :	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post op</i> - P : nyeri karena <i>post</i> operasi - Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : nyeri pada kaki kanan - S : skala nyeri 7 - T : nyeri timbul terus menerus DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak kesulitan tidur - Pasien tampak menghindari nyeri - TD : 120/90 mmHg - N : 107x/menit - S : 36,5C - RR : 20x/menit - Spo2 : 97% <ul style="list-style-type: none"> - Post op hari ke 2 		

2.	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
DS :		
- Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki sebelah kanan		
DO :		
- K/U lemah		
- CRT < 2 detik		
- Odem pada ekstremitas		
- ROM terbatas		
- Pasien tampak lemah		
- Pasien mengeluh nyeri saat bergerak		
- Gerak terbatas		
- Kekuatan otot menurun		
5	5	
3	5	
- Gerakan terbatas		
- TD : 120/90 mmHg		
N : 107x/menit		
S : 36,5C		
RR : 20x/menit		
Spo2 : 97%		

2. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

3. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan : Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Mengeluh nyeri	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon

Objektif :	1. menurun	nyeri non verbal
- Tampak meringis	4. Gelisah menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)	5. Kesulitan tidur	5. Monitor efek samping penggunaan analgetik
- Gelisah	6. Frekuensi nadi membaik	
- Frekuensi nadi meningkat		
- Sulit tidur		
Gejala dan tanda minor		
Subjektif :		
(tidak tersedia)		
Objektif		
- Tekanan darah meningkat		
- Pola napas berubah		
- Nafsu makan berubah		
- Proses berpikir terganggu		
- Menarik diri		
- Berfokus pada diri sendiri		
- Diaforesis		
		1. Berikan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: terapi relaksasi nafas dalam)
		2. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		3. Fasilitasi istirahat dan tidur
		Edukasi
		1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		4. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
		1.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	Mobilitas Fisik	Dukungan Mobilisasi
Gejala dan tanda mayor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi
Subjektif :	1. Pergerakan ekstremitas meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	2. Kekuatan otot meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
Objektif	3. Rentang gerak (ROM) meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Kekuatan otot menurun		4. Monitor kondisi umum selama

- Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- Sendi kaku
- Gerakan terkoordinasi tidak
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

melakukan mobilisasi

Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2021)



4. Implementasi Keperawatan

55 No.	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Paraf
1.	14/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.00 - 10.15 10.00 – 10.20 10.00 – 10.25 10.00 – 10.30	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R :nyeri pada kaki sebelah kanan S : skala nyeri 7 T : nyeri timbul terus menerus 2. Mengidentifikasi skala nyeri - Skala nyeri 7 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memberikan teknik relaksasi nafas dalam 6. Kolaborasi pemberian analgetic - Inj ranitidine dan ceftriaxone	
2.	15/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.00 - 10.15 10.00 – 10.20 10.00 – 10.25	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R :nyeri pada kaki sebelah kanan S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri - Skala nyeri 5 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memberikan teknik relaksasi nafas dalam 6. Kolaborasi pemberian analgetic	

	10.00 – 10.30		- Inj ranitidine dan ceftriaxone
3.	16/10/2024 10.00 – 10.05	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada kaki sebelah kanan S : skala nyeri 5 T : nyeri timbul terus menerus</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri - Skala nyeri 2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memberikan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>4. Kolaborasi pemberian analgetic - Inj ranitidine dan ceftriaxone</p>
	10.00 – 10.10		
	10.00 – 10.15		
	10.00 – 10.20		
4.	14/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.10 – 10.15 10.00 – 10.20 10.00 – 10.25 10.00 – 10.30 10.00-10.40 10.00-10.50	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - ROM pasien terbatas</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - TD : 120/90 mmHg - N : 107x/menit - S : 36,5C - RR : 20x/menit - Spo2 : 97% - K/U composmentis</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p>

	10.00-11.00		<p>9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi
5.	15/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.10 - 10.15 10.00 – 10.20 10.00 – 10.25 10.00 – 10.30 10.00-10.40 10.00-10.50 10.00-11.00	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - ROM pasien terbatas 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - TD : 120/90 mmHg - N : 93x/menit - S : 36C - RR : 20x/menit - Spo2 : 98x/menit - K/U composentis 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Memfasilitasi melakukan pergerakan 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini 9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi
6.	16/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.10 - 10.15	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - ROM pasien terbatas 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - TD : 120/90 mmHg - N : 87 x/menit

	S : 36,5C
	RR : 20x/menit
	Spo2 : 97%
10.00 – 10.20	- K/U composmentis 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
10.00 – 10.25	5. Memfasilitasi melakukan pergerakan
10.00 – 10.30	6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Pasien dan keluarga antusias untuk melatih mobilisasi terbatas dengan alat bantu atau tanpa alat bantu
10.00-10.40	7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
10.00-10.50	8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini
10.00-11.00	9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan



5. ¹⁹ Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	14/10/2024 10.00 WIB	¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi - P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada kaki sebelah kanan S : skala nyeri 7 T : nyeri timbul terus menerus O : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak gelisah - Posisi pasien menghindari nyeri A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
2.	15/10/2024 10.00 WIB	¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi sedikit berkurang - P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : nyeri pada kaki sebelah kanan S : skala nyeri 5 T : ¹ nyeri hilang timbul O : - Pasien tampak meringis berkurang - Pasien tampak gelisah berkurang A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	

16/10/2024
10.00 WIB

3. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**

S :

- Pasien mengatakan nyeri dibagian luka *post* operasi sudah berkurang
- P : nyeri karena *post* operasi
- Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk
- R : nyeri pada kaki sebelah kanan
- S : **skala nyeri 2**
- T : **nyeri hilang timbul**

O :

- **Pasien** tampak **meringis** kesakitan berkurang
- **Pasien** tampak gelisah berkurang

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan

14/10/2024
10.00 WIB

4. **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**

S :

- Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki sebelah kanan

O :

- Pasien tampak lemah berbaring
- Sulit menggerakkan ekstremitas
- Luka tertutup perban
- Kekuatan otot

5	5
3	5

- TD : 120/90 mmHg
- N : 107x/menit
- S : 36,5C
- RR : 20x/menit
- Spo2 : 97%

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

5.	15/10/2024 10.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa sedikit menggerakkan kaki sebelah kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sedikit lemah - Sulit menggerakkan ekstremitas berkurang - Luka tertutup perban - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 1260/90 mmHg - N : 93x/menit - S : 36C - RR : 20x/menit - Spo2 : 98x/menit <p>A : Masalah sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	5	5	3	5
5	5						
3	5						
6.	16/10/2024 10.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa menggerakkan kaki sebelah kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulit menggerakkan ekstremitas berkurang - Luka tertutup perban - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/90 mmHg - N : 87 x/menit - S : 36,5C - RR : 20x/menit - Spo2 : 97% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	5	5	4	5
5	5						
4	5						

4.2 Pembahasan

Bab ini membahas asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus post operasi fraktur cruris pada Ny.N di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Penulis melakukan pengkajian pada pasien dan melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari.

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

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan data diperoleh melalui wawancara langsung kepada klien dan keluarga, pemeriksaan fisik, observasi langsung, hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung, pemeriksaan foto rontgen. Hasil pengkajian klien Ny. N umur 60 tahun didapatkan pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Oktober 2024 dengan keluhan nyeri pada bagian kaki sebelah kanan, sulit digerakkan, dan paha bengkak. Didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda dan gejala TD : 120/90mmHg, N : 107x/menit, S : 36,5C, RR : 20x/menit, Spo2 : 97%, kesadaran composmentis. Setelah dilakukan pemeriksaan pada klien ditegakkan diagnosis *fracture cruris*

Menurut Igiyany dalam (Anwar, 2022) keluhan nyeri yang dialami oleh pasien setelah tindakan operasi *fraktur* menjadi salah satu faktor utama yang menyebabkan pasien sulit untuk bergerak secara aktif. Rasa nyeri yang terus-menerus menimbulkan ketidaknyamanan dan ketakutan dalam melakukan

mobilisasi, sehingga pasien cenderung memilih untuk beristirahat total. Hal ini berdampak negatif terhadap fungsi sendi yang tidak digunakan secara optimal, dan dalam jangka waktu tertentu dapat menyebabkan kekakuan sendi serta atrofi otot.

Peneliti berpendapat bahwa nyeri yang dialami pasien setelah tindakan operasi menjadi hambatan utama dalam proses pemulihan, khususnya pada kemampuan mobilisasi. Nyeri yang tidak terkontrol akan memengaruhi motivasi pasien untuk bergerak, sehingga dapat memperburuk risiko komplikasi seperti kekakuan sendi, atrofi otot, hingga penurunan kualitas hidup. Pengelolaan nyeri yang efektif melalui teknik farmakologis maupun nonfarmakologis sangat penting agar pasien lebih termotivasi untuk melakukan mobilisasi dini.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan muncul pada kasus *fracture cruris* yaitu nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. Penulis mengangkat diagnosa ini didukung dengan data yang didapatkan pada pasien dan sesuai dengan peraturan pengangkatan diagnosa oleh PPNI (2019) sebagaimana dikatakan bahwa dalam pengangkatan suatu diagnosa harus memenuhi kriteria mayor dan minor 80-100%. Kriteria mayor dan minor merupakan tanda dan gejala yang didapatkan pada klien, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Sedangkan diagnosa lainnya seperti: resiko infeksi tidak diangkat karena data yang didapatkan kurang baik secara mayor maupun minor serta diagnosa tersebut kategori resiko. Berikut diagnosa yang ditemukan pada pasien:

¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan nyeri pada bagian pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, sehingga ditetapkan diagnosa fraktur *cruris*, TD 120/90mmHg, Nadi 107x/menit. Penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data yang di dapatkan pada pasien yaitu : keluhan nyeri hebat pada area kaki sebelah kanan, serta keterbatasan gerak yang signifikan. Selain itu, tanda vital menunjukkan peningkatan denyut nadi (107x/menit) dan tekanan darah (120/90 mmHg), yang dapat menjadi respon fisiologis tubuh terhadap nyeri akut. Menurut PPNI (2022), penulis menetapkan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosis utama atau prioritas karena nyeri merupakan faktor yang dapat memicu kerusakan jaringan secara sistemik. Ketika nyeri tidak ditangani secara optimal, hal ini dapat menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh, peningkatan stres fisiologis, hingga perubahan patologis pada jaringan yang terdampak. Jika kondisi ini dibiarkan, nyeri yang berkelanjutan dapat menyebabkan gangguan sirkulasi, imobilisasi, inflamasi berkelanjutan, dan pada akhirnya berisiko menyebabkan kehilangan jaringan yang normal.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan.

Penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data yang di dapatkan pada pasien yaitu : ketidakmampuan menggerakkan kaki kanan secara optimal, kelemahan otot pada ekstremitas bawah, dan keluhan nyeri yang dirasakan saat mencoba melakukan pergerakan, terutama pada area kaki sebelah kanan. Kondisi ini diperparah oleh adanya fraktur *cruris*, yang menyebabkan pasien tidak mampu mempertahankan posisi tubuh secara mandiri, serta harus bergantung pada bantuan

saat beraktivitas. Pembengkakan dan nyeri pasca fraktur juga memperkuat adanya keterbatasan dalam fungsi gerak.

Menurut Wilkinson & Ahern (2022), gangguan mobilitas fisik suatu kondisi yang ditandai dengan keterbatasan dalam melakukan aktivitas, kesulitan untuk memposisikan tubuh, penurunan aktivitas, penurunan kemampuan motorik, keterbatasan rentang gerak sendi, serta tremor yang diinduksi oleh pergerakan.

Berikut diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak diangkat oleh penulis yaitu:

¹ **Resiko infeksi** dibuktikan dengan efek prosedur invasive. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti demam, peningkatan jumlah leukosit, kemerahan, atau keluarnya cairan pada area luka operasi. Meskipun pasien telah menjalani tindakan pembedahan (operasi fraktur), kondisi luka masih dalam pemantauan dan perawatan yang baik, serta tidak menunjukkan adanya indikasi infeksi aktif.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun intervensi keperawatan bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi sesuai dengan diagnosa keperawatan dan kondisi klien.

¹ **Nyeri akut** berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan nyeri pada kaki sebelah kanan, sulit digerakkan, TD 120/90mmHg, Nadi 107x/menit. Intervensi yang ditegakkan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri dengan tujuan agar pasien dapat mengontrol nyeri. Penulisan menggunakan kriteria hasil yang

didapatkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, tujuan dan kriteria hasil tersebut sudah sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (PPNI, 2018). Intervensi yang ditegakkan oleh penulis antara lain : identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik (PPNI, 2018). Kaji nyeri pada pasien memiliki tujuan untuk perawat melakukan evaluasi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik pengkajian nyeri menggunakan PQRST (Madenski, 2022). Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam yaitu teknik tarik nafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan-lahan. Tarik nafas dalam ini berfungsi untuk membantu merilekskan tubuh sehingga dapat membantu mengurangi rasa nyeri (Lela & Reza, 2022). Melakukan edukasi penyebab nyeri yang rasionalnya supaya pasien dapat mengetahui apa saja yang menyebabkan nyeri atau yang memunculkan rasa nyeri. Dalam memberikan edukasi ini menambah pengetahuan pada pasien dan agar dapat mengaplikasikan pengetahuannya tersebut. Dalam pemberian analgetik dengan kolaborasi dari pihak farmasi dengan rasionalnya adalah sebagai obat pengurang rasa nyeri sesuai dengan resep dan dosis dari dokter (Andri *et al.*, 2020).

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan. Intervensi yang diberikan diharapkan keberhasilan pada pasien dalam melakukan mobilisasi dengan melakukan pergerakan pada bagian ekstremitas, meningkatkan kekuatan otot. Intervensi yang

ditegaskan oleh penulis antara lain : identifikasi adanya nyeri dan melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan (PPNI, 2018). Mobilisasi dini merupakan kegiatan yang dilakukan pada pasien setelah pembedahan untuk mengurangi resiko komplikasi karena pembedahan. Libatkan keluarga untuk membantu mobilisasi mempunyai rasional yaitu supaya peran dari keluarga dapat membantu memberikan semangat dan motivasi agar pasien mampu untuk melakukan pergerakan sehingga tidak terjadi kekakuan pada sendi. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi mempunyai tujuan yaitu untuk sumber informasi kepada pasien dan keluarga supaya dapat mengetahui tentang mobilisasi dini pada saat melakukan latihan sampai dengan akhir latihan. Ajarkan mobilisasi dini secara sederhana terlebih dahulu yang harus dilakukan mempunyai rasional yaitu agar pasien berlatih bergerak untuk membantu meningkatkan aktivitas pasien dengan cara latihan miring kanan atau kiri, latihan rentang gerak pasif setelah pembedahan (Lela & Reza, 2022).

Pemberian edukasi pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik harus diberikan untuk membantu proses penyembuhannya terutama pada luka jahitan karena pasien tidak boleh terlalu memperbanyak gerakan agar jahitan tidak lepas. Edukasi yang diberikan kepada pasien yaitu memberi pemahaman tentang keterbatasan gerakannya, apabila pasien melakukan banyak gerak bahkan kurang berhati-hati maka dapat menyebabkan kondisi jahitan dapat terlepas akibat dari itu dapat memperlambat proses penyembuhannya sehingga harus kembali lagi untuk mendapatkan perawatan ulang, selain itu juga harus menambahkan edukasi selama

mobilisasi agar tidak terjadi delayed union dan non union. Delayed union yaitu proses penyembuhan yang memerlukan waktu lama pada kasus fraktur. Non union adalah kondisi gagalnya atau komplikasi patah tulang atau proses penyembuhan patah tulang terhenti sama sekali (Inra *et al.*, 2022).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan penerapan asuhan keperawatan yang dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhan klien, mencapai tujuan perawatan serta meningkatkan kesehatan pasien. Implementasi ini diberikan pada klien Ny. N selama 24 jam dari tanggal 14 hingga 16 Oktober 2024. Implementasi yang diberikan pada Ny. N adalah:

¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan nyeri pada kaki sebelah kanan, sulit digerakkan, TD 120/90mmHg, Nadi 107x/menit. Rencana keperawatan telah dibuat oleh penulis yaitu melakukan implementasi pada diagnosis ¹ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu identifikasi lokasi nyeri, ¹ karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik. Pemberian terapi relaksasi tarik nafas dalam dapat dilakukan pasien dengan mandiri atau tanpa bantuan orang lain, latihan tarik nafas dalam ini membuktikan banyak manfaatnya yaitu membantu memberikan ketenangan dan dapat menurunkan tekanan darah pada pasien (Inra *et al.*, 2022). Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh pasien penulis dapat melakukan semuanya dikarenakan pasien mampu melakukannya dengan kooperatif, tampak memperhatikan dengan serius dari penjelasan yang telah diberikan kepada pasien.

¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri. Dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh penulis. Implementasi yang dilakukan pada diagnosis ¹ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik nyeri yaitu identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri dengan bentuk relaksasi tarik nafas dalam edukasi penyebab nyeri kolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan. Rencana keperawatan yang telah ditetapkan penulis, tindakan keperawatan yang sudah diberikan yaitu identifikasi adanya nyeri dan melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan. Dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh penulis. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu membantu latihan mobilisasi dini dengan melibatkan keluarga agar tindakan yang diberikan kepada pasien dapat tercapai, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Latihan mobilisasi merupakan latihan penting setelah pembedahan sebagai tahap awal pemulihan agar pasien dapat meningkatkan pergerakan dan aktivitasnya sehingga mengurangi resiko komplikasi yang tidak diinginkan serta membantu untuk melancarkan sirkulasi darah. Selama tindakan keperawatan penulis mampu memberikan mobilisasi dini pada pasien dibuktikan dengan pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap pada Ny.S selama tindakan keperawatan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien bersemangat dalam melakukan latihan ROM dengan dampingan keluarganya karena pasien berharap supaya segera sembuh.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tindakan mengevaluasi respon klien dan hasil tindakan setelah dilakukannya intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan, tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk mengetahui apakah intervensi keperawatan harus dilanjutkan atau intervensi keperawatan harus dihentikan.

Peneliti berpendapat bahwa setelah dilakukannya intervensi dan implementasi keperawatan selama 3 hari sesuai dengan SOAP, maka hasil evaluasi pada Ny. N adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan hasil evaluasi: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan hasil evaluasi: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.

Suprajitno, (2024) menyatakan bahwa evaluasi keperawatan dilakukan setelah semua rencana dan tindakan keperawatan terlaksanakan untuk mengetahui dan menilai hasil dari tindakan yang telah dilakukan, jika penilaian tidak terselesaikan atau hanya terselesaikan sebagian, maka perlu disusun rencana baru.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian yang di dapatkan pada klien Ny. N masalah nyeri akut, terdapat keluhan nyeri pada kaki bagian kanan, sulit digerakkan, Pemeriksaan fisik tekanan darah 120/90mmHg, Nadi 107x/menit, suhu 36,5C respirasi 20x/menit, SpO2 97%.
2. Diagnosa keperawatan yang terjadi pada klien Ny. N adalah "Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik"
3. Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien mengacu pada panduan harapan mencapai hasil yang optimal. SDKI 2019 terkait nyeri akut, gangguan mobilitas fisik. Hal ini disesuaikan dengan kondisi klien, dengan harapan mencapai hasil yang optimal.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan melalui pengawasan, tindakan mandiri, penyuluhan, dan kerja sama tim medis, dengan mengadaptasi intervensi yang telah direncanakan. Peneliti menjalankan implementasi ini sesuai dengan kondisi klien selama tiga hari.
5. Evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. N adalah keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, maka masalah keperawatan pada Ny. N teratasi, dan intervensi di ruang Yudistira di hentikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin, & Erike Septa Prautami. (2020). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Mengenai Status Gizi Selama Kehamilan. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 10(20), 23–29. <https://doi.org/10.52047/jkp.v10i20.74>
- Aliyah, S., Sintia, R. P., & Mariska, S. (2022). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Tentang Makanan Bergizi Serta Pola Makan Ibu Saat Hamil Dengan Berat Badan Lahir Bayi Di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 3(1), 286–294.
- Bagus, A., Satyarsa, S., Kusuma, D. R., Dhanu Aryawangsa, P., & Aryani, P. (2020). Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Ibu Hamil Terhadap Nutrisi. 12(1), 20–29. <http://jurnalpoltekkesjayapura.com/index.php/gk>
- Devi, D., Lumentut, A. M., & Suparman, E. (2021). Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil dalam Pencegahan Anemia pada Kehamilan di Indonesia. *E-CliniC*, 9(1), 204–211. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.32415>
- Farizal, E. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tentang Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Berseri Pangkalan kerinci. *Jurnal Kebidanan*, 3(1), 30–35.
- Liliandriani, A., & Nengsi, S. (2021). Hubungan Pengetahuan Dan Perilaku Ibu Hamil Dengan Status Gizi Dalam Masa Kehamilan. *Journal Pegguruang: Conference Series*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.35329/jp.v3i1.1973>
- Melati, I. P., & Afifah, C. A. N. (2021). Edukasi Gizi Pencegahan Stunting Berbasis Whatsapp Group Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil. *Jurnal Pangan Kesehatan Dan Gizi Universitas Binawan*, 1(2), 61–69. <https://doi.org/10.54771/jakagi.v1i2.153>
- Munna, A. I., Jannah, & Susilowati, E. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Ibu Hamil Trimester Iii Dalam Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (Kia) Di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang. *Link*, 16(2), 73–82. <https://doi.org/10.31983/link.v16i2.5636>
- Mutaqqin, Z., Arts, T. M., & Hadi, L. (2021). JIMKesmas JIMKesmas. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 56–67.
- Nurfatihmah, N., Anakoda, P., Ramadhan, K., Entoh, Sitorus, S. B. M., & Longgupa, L. W. (2021). Perilaku Pencegahan Stunting pada Ibu Hamil. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(2), 97–104. <https://doi.org/10.33860/jik.v15i2.475>

- Nurvembrianti, I., Purnamasari, I., & Sundari, A. (2021). Pendampingan Ibu Hamil Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi. *Jurnal Inovasi & Terapan Pengabdian Masyarakat*, 1(2), 50–55.
- Pohan, R. A. (2020). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Dengan Status Gizi Di Puskesmas Semula Jadi Kecamatan Datuk Bandar Timur Kota Tanjungbalai Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 4(3), 149–155.
- Rishel, R. A., & Armalini, R. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Gizi Dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) Di Puskesmas Sikapak Kota Pariaman Tahun 2022. *Nan Tongga Health And Nursing*, 17(2), 82–94. <https://doi.org/10.59963/nthn.v17i2.117>
- Retnaningtyas, E., Retnoningsih, Kartikawati, E., Nuning, Sukemi, Nilawati, D., Nurfajri, & Denik. (2022). Upaya Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Melalui Lukasi Mengenai Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil. *ADI Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 19–24. <https://doi.org/10.34306/adimas.v2i2.552>
- Sari, R. P., Rizkia, M., & Ardhia, D. (2023). *JIM FKep Volume VII No 2 Tahun 2023 Gambaran pengetahuan dan perilaku ibu hamil dalam pemenuhan nutrisi Description of knowledge and behavior of pregnant women in nutrition fulfillment jim Fkep Volume FKep Volume VII No 2 Tahun 2023. VII(2)*, 92–98.
- Satyarsa, A. B. S., Kusuma, D. R., Aryawangsa, P. D., & Aryani, P. (2020). Selama Kehamilan Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Mengwi I., 12, 20–29.
- Seri, Nauli, F. A., & Novayelinda, R. (2022). Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia Indonesian scientific health journal OPINI. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 7(2), 97–107.
- Simanjuntak, P., Febrina Sinaga, P. N., Damanik, N. S., & Simanjuntak, M. D. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dengan Status Gizi Selama Kehamilan Trimester Pertama. *Indonesian Health Issue*, 1(1), 76–82. <https://doi.org/10.47134/inhis.v1i1.14>
- Suryani, S., & Nadi, N. (2022). Peran Media Video Animasi Dalam Meningkatkan Pengetahuan Gizi Ibu Hamil. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 2(1), 37–47. <https://doi.org/10.56742/nchat.v2i1.34>
- Tanjung, R. D. S., & Jahriani, N. (2022). Hubungan Karakteristik Dan Perilaku Ibu Hamil Dalam Pemenuhan Kebutuhan Gizi Dengan Kejadian kurangan Energi Kronis (Kek). *Jurnal Maternitas Kebidanan*, 7(1), 73–84. <https://doi.org/10.34012/jumkep.v7i1.2390>
- Tindaon, R. L., Prautami, E. S., Lubis, A. I., Waldani, D., Pardede, E. E., Sari, D. I., & Supriyati, D. (2024). Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Nutrisi

dalam Kehamilan. *Jurnal Kesmas Prima Indonesia*, 8(1), 1-4. <https://doi.org/10.34012/jkpi.v8i1.4554>

¹¹ Wulandari, R. F., Susiloni, ⁵⁹ tyas, L., & Jaya, S. T. (2021). Pendidikan Kesehatan untuk Meningkatkan ⁵² Ibu Hamil. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(1), 155-161. <https://jurnal.stikes-sitihajar.ac.id/index.php/jhsp/article/view/16>

³⁹ Viera Valencia, L. F., & Garcia Giraldo, D. (2019). Etik Dan Kebijakan Nasional Perawatan Paliatif. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952., 2.

²⁵ Zahra, A. S., Fitriani, S., & Yogaswara, D. (2021). Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Sebelum dan Sesudah Menggunakan Media Booklet tentang Stunting. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 2(2), 123-128. <https://doi.org/10.15294/jppkmi.v2i2.52427>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OPERASI FRAKTUR CRURIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG YUDISTIRA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

11%	8%	2%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	2%
2	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	1%
3	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	1%
4	lontar.ui.ac.id Internet Source	1%
5	123dok.com Internet Source	1%
6	digilib.ukh.ac.id Internet Source	1%
7	hajrahharis.blogspot.com Internet Source	1%
8	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1%
9	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1%
10	ojs.unisbar.ac.id Internet Source	<1%

repository.unhas.ac.id

11	Internet Source	<1 %
12	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
13	jurnal.ugp.ac.id Internet Source	<1 %
14	repository.unej.ac.id Internet Source	<1 %
15	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
16	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
17	Anisa Anisa, Rindasari Munir, Fitria Lestari. "HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG TANDA-TANDA BAHAYA KEHAMILAN DENGAN PEMANFAATAN BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)", Journal of Midwifery Care, 2022 Publication	<1 %
18	jurnal-id.com Internet Source	<1 %
19	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
20	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	<1 %
21	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
22	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %

23	aisyah.journalpress.id Internet Source	<1 %
24	jurnal.poltekkespalu.ac.id Internet Source	<1 %
25	ojs.unpkediri.ac.id Internet Source	<1 %
26	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
27	repository.uds.ac.id Internet Source	<1 %
28	ejournal.stikesabdurahman.ac.id Internet Source	<1 %
29	jhast.ikestmp.ac.id Internet Source	<1 %
30	repository.uin-suska.ac.id Internet Source	<1 %
31	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1 %
32	journal.arikesi.or.id Internet Source	<1 %
33	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II Student Paper	<1 %
34	Submitted to Poltekkes Kemenkes Sorong Student Paper	<1 %
35	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
36	eprints.unisa-bandung.ac.id Internet Source	<1 %

<1 %

37

jurnal.um-tapsel.ac.id

Internet Source

<1 %

38

yuliasayangk.blogspot.com

Internet Source

<1 %

39

Siti Asiah Rangkuti, Nur Rahmi Rizqi, Yenni Novita Harahap. "Peningkatan Kemampuan Penalaran Matematis Siswa melalui Model Realistic Mathematics Education Berbantuan Quiziz", Jurnal Pengabdian Masyarakat dan Riset Pendidikan, 2025

Publication

<1 %

40

Submitted to Universitas Negeri Surabaya

Student Paper

<1 %

41

es.scribd.com

Internet Source

<1 %

42

nurkholisalrosyid.wordpress.com

Internet Source

<1 %

43

A. Seekamp. "Proximal femur fracture", Trauma und Berufskrankheit, 2008

Publication

<1 %

44

repository.radenintan.ac.id

Internet Source

<1 %

45

repository.stikes-bhm.ac.id

Internet Source

<1 %

46

samoke2012.wordpress.com

Internet Source

<1 %

47

www.coursehero.com

Internet Source

<1 %

48 Iskandar Muda, Erika Erika, Misrawati
Misrawati. "Peran Petugas Kesehatan Dalam
Meningkatkan Kepatuhan Ibu Hamil Terhadap
Pemeriksaan Triple Eliminasi", Jurnal Ners,
2025
Publication

49 Miqdarul Khoir Syarofit, Abdul Wahhab, Hanik
Mahliatussikah. "Penerapan Metode
Suggestopedia Dalam Pembelajaran
Mufradāt", Al Mi'yar: Jurnal Ilmiah
Pembelajaran Bahasa Arab dan
Kebahasaaraban, 2025
Publication

50 ejournal.bsi.ac.id
Internet Source

51 id.scribd.com
Internet Source

52 infor.seaninstitute.org
Internet Source

53 pt.scribd.com
Internet Source

54 repositori.perpustakaan.kemdikbud.go.id
Internet Source

55 rheluphdha.blogspot.com
Internet Source

56 Annissa Amalia Putry, Nurul Istiqomah, Anggi
Luckita Sari. "Pengaruh Permainan Lego
Terhadap Perkembangan Motorik Halus Pada
Anak", Malahayati Nursing Journal, 2025
Publication

57 Gefira Aulia Nazwa, Linda Amalia, Asih
Purwandari Wahyoe Puspita. "Pengaruh

Konsumsi Buah Pepaya Terhadap Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil dengan Risiko Anemia", Jurnal Ners, 2025

Publication

58

Mahcica Afshokhun Nabila, Endah Mulyani, Rizka Esty S, Siti Mudlikah. "PENGARUH PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN UKURAN LINGKAR LENGAN ATAS PADA IBU HAMIL DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NELAYAN)", Al-Insyirah Midwifery: Jurnal Ilmu Kebidanan (Journal of Midwifery Sciences), 2024

Publication

<1%

59

Nur Husnul Khatimah, Muhamar Iksan. "PEMANFAATAN PANGAN LOKAL JEWAWUT DAN SARANG BURUNG WALET UNTUK MENCEGAH STUNTING PADA IBU HAMIL DI DESA PESA, WAWO KAB.BIMA", PREPOTIF : JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT, 2024

Publication

<1%

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off