

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

Submission date: 03-Sep-2025 11:23AM (UTC+0900)

Submission ID: 2722751234 *by* ITSkes ICMes Jombang

File name: SHOFIA_RETNANING_PRATIWI.docx (874.83K)

Word count: 13928

Character count: 99334

PROPOSAL KARYA ILMIAH AKHIR

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



OLEH:

SHOFIA RETNANING PRATIWI

246410031

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS ¹¹FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur collum femoris merupakan fraktur yang terjadi antara ujung permukaan *articular caput femur* dan *regio intertrochanter*, di mana *collum femur* merupakan bagian terlemah dari femur. Secara umum, fraktur ini termasuk dalam kategori *intrakapsular*, karena terjadi di dalam kapsul sendi pinggul, yang menyebabkan suplai pembuluh darah arteri ke lokasi *fraktur* dan *caput femur* terganggu. Gangguan suplai darah ini dapat menghambat proses penyembuhan dan meningkatkan risiko komplikasi seperti *avaskular nekrosis* (Nurul, 2024). *Fraktur* ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti trauma, dislokasi, kelemahan tulang akibat patologi (misalnya osteoporosis), maupun penarikan mekanik. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan kerusakan struktural pada tulang dan akhirnya menyebabkan *fraktur* (Muhammad, 2024). Setelah menjalani tindakan operasi untuk memperbaiki *fraktur collum femoris*, pasien umumnya mengalami keluhan nyeri. Nyeri pasca operasi merupakan masalah utama yang sering dialami, dan harus segera ditangani dengan tepat. Jika nyeri tidak terkelola dengan baik, dapat mempengaruhi proses penyembuhan, memperlama masa pemulihan, serta berdampak negatif terhadap kondisi psikologis dan fisiologis pasien. (Nurhayati *et al.*, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2024, prevalensi kejadian fraktur adalah 2,7% atau kurang lebih 13 juta penduduk dunia. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2022, angka kejadian fraktur di Indonesia sebanyak 5,5% atau kurang lebih 15 juta jiwa. Fraktur yang paling sering terjadi di Indonesia adalah

fraktur ekstremitas bawah (67%) daripada ekstremitas bagian atas (33%) (Nurhayati et al., 2022). Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang, kasus fraktur merupakan kasus utama yang terjadi diruangan tersebut. Terdapat 10 kasus fraktur *collum femoris* pada tanggal 14 Oktober – 2 November 2024.

Fraktur collum femur dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti peristiwa trauma berupa dislokasi, benturan, jatuh, pemukulan, posisi tidak benar atau miring, serta kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologi) dan penarikan mekanik (Muhammad, 2024). Fraktur ini sering disertai nyeri hebat dan gangguan mobilitas fisik, karena kerusakan pada struktur tulang dan jaringan sekitarnya akibat trauma atau kelemahan tulang. Kerusakan ini memicu pelepasan zat kimia seperti histamin, prostaglandin, dan bradikinin, yang merangsang nosiseptor (sel saraf yang peka terhadap nyeri). Impuls nyeri kemudian dihantarkan melalui serabut saraf ke sumsum tulang belakang dan selanjutnya ke otak, sehingga nyeri dipersepsikan sebagai sensasi menyakitkan. Selain itu, peradangan dan pembengkakan di area fraktur dapat menekan ujung saraf, semakin memperkuat sensasi nyeri (ST Maharani, 2020). Setelah tindakan pembedahan dilakukan untuk memperbaiki fraktur collum femur, pasien biasanya mengalami nyeri pasca operasi yang cukup intens. Pada tahap awal pasca operasi, nyeri ini disebabkan oleh luka bedah, inflamasi, serta pembengkakan jaringan yang masih aktif. Kondisi ini biasanya berlangsung selama beberapa hari hingga minggu pertama, dan menjadi tantangan utama dalam proses pemulihan. Jika nyeri tidak dikelola dengan baik, dapat membatasi gerakan pasien, menghambat mobilitas, serta memperlambat proses rehabilitasi dan penyembuhan luka.

Peradangan yang terus berlangsung dan pembengkakan di area operasi juga dapat menekan ujung saraf, menambah intensitas nyeri dan menyebabkan ketidaknyamanan psikologis serta fisiologis yang berkelanjutan. Pengelolaan nyeri pasca operasi yang efektif sangat penting agar proses pemulihan berjalan optimal dan mobilitas pasien dapat kembali normal (Muhammad, 2024).

Hal yang dilakukan untuk mengatasi nyeri yang muncul pada *post* operasi adalah melakukan intervensi manajemen nyeri, yang dapat dilakukan dengan melalui pemberian terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi dengan memberikan terapi kolaborasi anti inflamasi dan analgetik non narkotik (NC Fahmi, 2024). Secara non farmakologi atau tanpa obat-obatan dapat diberikan teknik distraksi dan relaksasi yang lebih efektif untuk menekan sensasi timbulnya nyeri pasca tindakan operasi menurut Esmi & Lestari dalam (Nur Mujahid & Hasriana, 2021).

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarakan asuhan keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah

keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

2. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
3. Merencanakan gambaran intervensi keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
4. Melakukan gambaran implementasi keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.
5. Melakukan gambaran evaluasi keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri di Ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah ²² Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan di bidang keperawatan mengenai pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut terhadap penurunan nyeri.

1.4.2 Manfaat Praktis

¹⁶ Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan serta keluarga mampu merawat klien dengan masalah *post operasi fraktur collum femur dextra*.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Fraktur *Collum Femoris*

2.1.1 Definisi Fraktur *Collum Femoris*

Fraktur atau patah tulang merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya. Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya, peristiwa trauma seperti dislokasi benturan, terjatuh, pemukulan, posisi tidak benar atau miring, kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologi) dan penarikan (Andreza, 2020).

Fraktur *collum femoris* merupakan fraktur yang terjadi antara ujung permukaan *articular caput femur* dan *regio interthrocanter* dimana *collum femur* merupakan bagian terlemah dari femur (Cahyani et al., 2024). Secara umum fraktur *collum femur* merupakan fraktur intrakapsular dimana suplai pembuluh darah arterial ke lokasi fraktur dan *caput femur* terganggu dan dapat menghambat proses penyembuhan. Pembuluh yang memiliki risiko tinggi terkena adalah cabang *cervical ascenden lateralis* dari arteri *sircumflexa femoralis medialis*. Aliran darah yang terganggu dapat meningkatkan risiko nonunion pada lokasi fraktur dan memungkinkan terjadinya nekrosis avaskular pada *caput femur* (Cahyani et al., 2024).

2.1.2 Klasifikasi Fraktur *Collum Femoris*

Menurut (Deggy, 2022) klasifikasi fraktur *collum femoris* berdasarkan lokasi anatomisnya dapat dibedakan menjadi:

1. Fraktur Intrakapsular

Fraktur intrakapsular atau fraktur femur proksimal merupakan suatu keadaan dimana pembuluh darah pada bagian proksimal *femur* terganggu sehingga menyebabkan penyatuan kembali atau union pada fraktur terhambat. Fraktur intrakapsular sendiri dapat dibagi berdasarkan daerah *collum femur* yang dilalui oleh garis fraktur menjadi:

a. Fraktur Subkapital

Fraktur Subkapital terjadi apabila garis fraktur yang melewati *collum femur* berada tepat di bawah *caput femur*.

b. Fraktur Transservikal

Fraktur Transservikal terjadi apabila garis fraktur melewati setengah atau pertengahan *collum femur*. Fraktur subkapital dan transservikal biasanya dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah pada *caput femur* sehingga biasanya tatalaksana pada fraktur ini adalah penggantian *caput femur*.

c. Fraktur Basiliar atau Basiservikal

Fraktur Basiliar terjadi apabila garis fraktur melewati bagian basis *collum femur*. Fraktur pada daerah ini tidak mengganggu vaskularisasi *caput femur* sehingga biasanya tidak perlu dilakukan penggantian *caput femur*.

2. Fraktur Ekstrakapsular

Fraktur ekstrakapsular meliputi fraktur yang terjadi pada daerah *intertrochanter* dan daerah *subtrochanter*.

a. Fraktur *Intertrochanter*

Fraktur *Intertrochanter* terjadi apabila garis fraktur melintang dari *trochanter* mayor ke *trochanter* minor. Kemungkinan penyatuan pada fraktur ini lebih besar dibandingkan dengan fraktur jenis intrakapsular dan kemungkinan komplikasinya juga lebih kecil.

b. Fraktur *Subtrochanter*

Fraktur *Subtrochanter* terjadi apabila fraktur terjadi di sebelah bawah dari *trochanter*. Perdarahan yang mungkin terjadi pada fraktur ini cenderung lebih hebat dibandingkan dengan fraktur *collum femur* lainnya karena banyaknya anastomosis cabang arteri femoral medial dan lateral di area subtrochanter.

Menurut Garden dalam (Deggy, 2022), mengklasifikasikan *fraktur collum femoris* berdasarkan stadium dari derajat *displacement* yang terlihat pada foto *x-ray*. Klasifikasi ini memberikan informasi tentang derajat kerusakan korteks posterior dan inferior serta menentukan apakah retinakulum posterior yang merupakan struktur dimana pembuluh darah utama menuju *caput femur* masih menempel atau tidak, selain itu juga berperan dalam membantu menentukan prognosis dari stadium fraktur yang terjadi. Stadium fraktur *collum femur* dibagi menjadi:

1. Stadium I

Pada stadium ini terdapat fraktur *incomplete* pada *collum* atau fraktur impaksi valgus tanpa displasia tulang, selain itu terdapat pula eksternal

rotasi dari fragmen distal dan trabekula tulang medial dari *caput* membuat sudut lebih dari 180^0 dengan korteks medial dari *femur*.

2. Stadium II

Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* pada collum tanpa disertai *displaced* tulang. Fragmen distal pada posisi yang normal dengan fragmen proksimal dan trabekula medial pada caput membentuk sudut sekitar 160^0 dengan korteks *femur medial*.

3. Stadium III

Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* dengan *displaced* sebagian dari fragmen tulang yang mengalami fraktur. Fragmen distal berotasi ke arah lateral dan fragmen proksimal miring ke *varus* dan berotasi ke arah *medial*, selain itu *trabekula medial* dari *caput* tidak pada tempatnya pada *pelvis*.

4. Stadium IV

Pada stadium ini terdapat fraktur *complete* dengan *displaced* total atau seluruh fragmen tulang yang mengalami fraktur. Fragmen *capital* terpisah sempurna dari fragmen distal dan kembali ke posisi normalnya pada *asetabulum* dimana fragmen distal berotasi lateral dan bergeser ke atas dan ke anterior ke fragmen proksimal.

2.1.3 Etiologi Fraktur Collum Femoris

Menurut (Nurul, 2024) etiologi dari fraktur terbagi menjadi tiga, antara lain :

1. Cidera atau benturan

Cedera atau benturan dapat terbagi menjadi dua, yaitu :

- a. Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
- b. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh.
- c. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak ²⁴ dari otot yang kuat.

2. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.

3. Fraktur beban

Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

Menurut Perwiraputra (2022) fraktur *collum femur* lebih banyak terjadi pada ras kaukasian, wanita *post menopause*, dan penderita osteoporosis. Fraktur ini biasanya terjadi akibat trauma. Pada penderita osteoporosis, kecelakaan yang ringan saja sudah bisa menyebabkan fraktur. Pada orang usia muda fraktur biasanya terjadi akibat jatuh dari ketinggian atau kecelakaan lalu lintas. Densitas tulang rendah dapat disebabkan oleh permasalahan kesehatan lain misalnya diabetes melitus, stroke, konsumsi alkohol dan osteomalasia.

2.1.4 Manifestasi Klinis Fraktur *Collum Femoris*

Menurut (Nurul, 2024) tanda gejala dari fraktur antara lain :

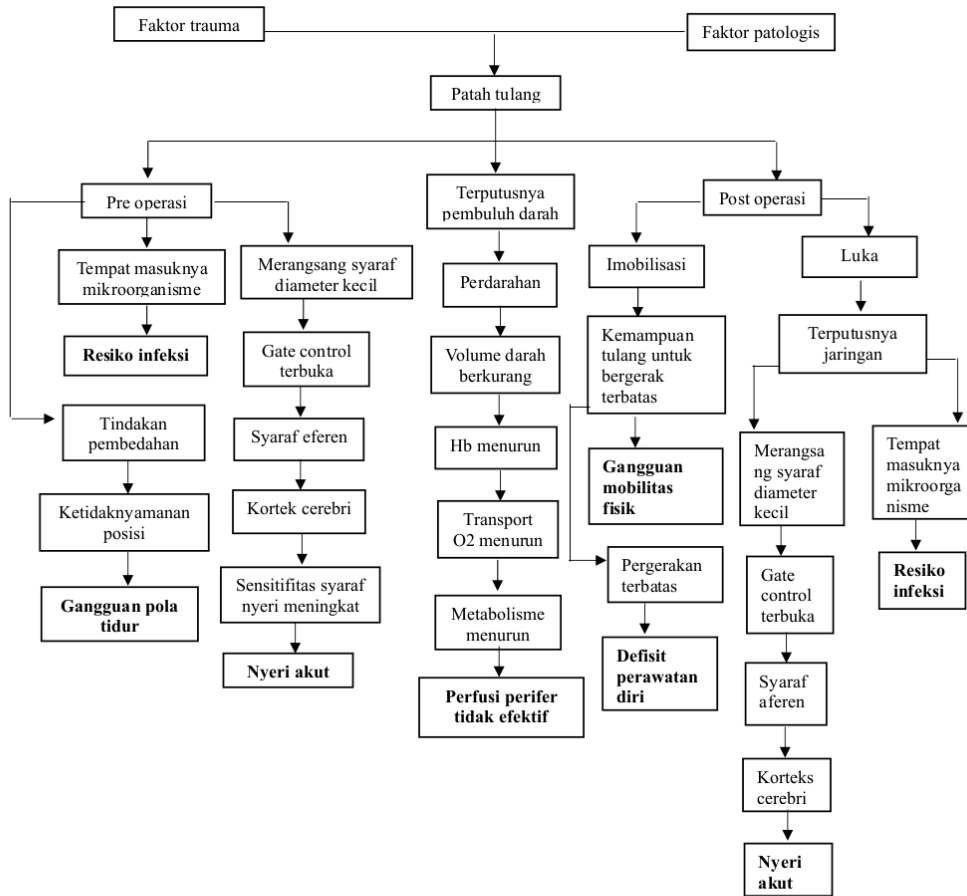
1. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
2. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah bukannya tetap rigid seperti normalnya, pergeseran fragmen pada fraktur menyebabkan deformitas, ekstermitas yang bias diketahui dengan membandingkan dengan ekstermitas yang normal. Ekstermitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
3. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.
4. Saat ekstermitas di periksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
5. Pembengkakan dan perubahan warna local pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasanya baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

2.1.5 Patofisiologi Fraktur *Collum Femoris*

Saat terjadi patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan *hematom* pada *kanal medul* antara tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur. Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang.

Hematoma yang terbentuk biasa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk kedalam pembuluh darah yang mensuplai organ-organ yang lain. *Hematoma* menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke *interstitial*. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung saraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan *syndrom compartment* (U.Nuryanti, 2023).

Pathway Fraktur *Collum Femur*



Gambar 2.1.5 Pathway Fraktur *Collum Femur* (U.Nuryanti, 2023).

2.1.6 Komplikasi Fraktur *Collum Femoris*

Komplikasi fraktur *Collum Femoris* menurut (Putri, 2020), antara lain :

1. Komplikasi Awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartmen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani.

2. Komplikasi Lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Fraktur *Collum Femoris*

¹⁷ Pemeriksaan penunjang untuk fraktur menurut (Nurul, 2024), yaitu:

1. ¹⁷ Pemeriksaan *x-ray*, untuk menentukan lokasi dan luas fraktur
2. Pemeriksaan darah lengkap
3. Arteriografi, dilakukan apabila dicurigai terjadi kerusakan vaskuler
4. Kreatinin, trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klien ginjal

5. Scan tulang, untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak

2.2.8 Penatalaksanaan Fraktur *Collum Femoris*

Penatalaksanaan fraktur *collum femur* menurut (Sri, 2021) meliputi :

- a. Menentukan diagnosa dan penilaian fraktur

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

- b. Reduksi

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

- c. Retensi

Imobilisasi fraktur memiliki tujuan supaya tidak terjadi pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang menimbulkan susahnya tulang

untuk bersatu kembali. Pemasangan traksi ini membantu untuk mempertahankan ekstremitas.

d. **Rehabilitasi**

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

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

e. **AMP (*Austin Moore Prosthesis*)**

Merupakan prosedur bedah penggantian kepala tulang paha (femur) dengan prostesis (implan) logam atau plastik. Tujuan operasi AMP Mengganti bagian kepala tulang paha yang rusak atau bermasalah dengan prostesis yang berfungsi seperti tulang asli.

20

2.2. Konsep Post Operasi

2.2.1 Definisi Post Operasi

Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi

selanjutnya. Tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca-operasi dan berakhir saat pasien pulang (Dita, 2023).

2.2.2 Fase *Post Operasi*

Terdapat tiga fase perawatan post operasi (Nur Karimah, 2024) antara lain :

1. 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
2. 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.

3. 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.

2.2.3 Manifestasi Klinis *Post Operasi*

Tanda dan gejala post operasi menurut (Nur Karimah, 2024) :

1. Nyeri
2. Pembengkakan atau Kemerahan
3. Demam
4. Keluar Cairan atau Luka
5. Mual dan Muntah
6. Infeksi

2.2.4 Komplikasi *Post Operasi*

Perawatan *post* operasi difokuskan untuk mengidentifikasi beberapa komplikasi yang mungkin bisa muncul akibat pengaruh anestesi dan sebagainya (Nur Karimah, 2024).

1. 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 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. Postoperative diantaranya adalah nyeri dada yang khas akibat iskemik miokard.

2. 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 system 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.

3. 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, sehinggamenyebabkan sembelit. Pasien yang menjalani prosedur abdominal memiliki resiko lebih besar untuk mengalami ileus paralitik sebagai komplikasi *post operative*. 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.

4. Infeksi

Infeksi luka bisa berkembang pada periode *post operative*. 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 di antara 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.

5. 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.

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Menurut *The International Association for The Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang akan menyebabkan

kerusakan jaringan. Nyeri merupakan rasa tidak menyenangkan dan sangat individual yang artinya setiap orang memiliki rasa yang tidak sama. Nyeri juga dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, aktivitas, dan kehidupan seseorang (Ningtyas et al., 2023).

Salah satu keluhan yang paling umum yang dirasakan pasien *post* operasi adalah nyeri. Menurut (Nurhayati *et al.* 2022) menyatakan bahwa 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Lamanya nyeri dapat berlangsung 24 sampai 48 jam, tapi dapat juga berlangsung lebih lama tergantung dari bagaimana klien dapat menahan dan berespon pada rasa nyeri tersebut. ³ Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera diatasi karena dapat berdampak pada proses penyembuhan pasien, karena dapat mempengaruhi kondisi psikologi dan fisiologis.

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman ³ sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional secara mendadak ¹ atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Nyeri akut dapat terjadi akibat cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang

berlangsung lebih dari 3 bulan (SDKI, 2017). Nyeri kronik merupakan nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu.

2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang disebabkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptor terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain sebagainya (Ningtyas *et al.*, 2023).

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil cedera atau abnormalitas yang terdapat dalam struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri tersebut lebih sulit untuk diobati (Ningtyas *et al.*, 2023).

3. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

a. *Supervicial* atau kutaneus

Nyeri *supervicial* adalah nyeri yang diakibatkan oleh stimulus kulit. Nyeri ini berlangsung cukup cepat dan berlokalisasi. Nyeri *supervicial* terasa seperti sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi (Ningtyas *et al.*, 2023).

b. Viseral Dalam

Nyeri viseral merupakan nyeri yang diakibatkan oleh stimulasi organ-organ internal. Nyeri ini bersifat difusi dan mampu menyebar kebeberapa arah. Nyeri ini menghasilkan rasa tidak nyaman dan

berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung (Ningtyas et al., 2023).

c. Nyeri Alih (*Referred pain*)

Nyeri alih adalah fenomena umum pada nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Nyeri ini dapat dirasakan dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat dirasakan dengan berbagai karakteristik. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard yang menyebabkan nyeri alih ke rahang maupun lengan kiri, batu empedu yang mengalihkan nyeri ke selangkangan (Ningtyas et al., 2023).

d. Radiasi

Nyeri radiasi adalah sensasi nyeri yang meluas dari lokasi awal cedera menuju ke bagian tubuh yang lain. Nyeri ini terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau seluruh tubuh. Contohnya nyeri punggung bagian bawah menyebabkan diskusi intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik (Ningtyas et al., 2023).

2.3.3 Etiologi Nyeri

Etiologi nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu etiologi yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Etiologi nyeri secara fisik misalnya adalah trauma baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik, neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain. Sedangkan secara psikis adalah trauma psikologis.

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, ataupun luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas maupun dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat. Trauma elektrik dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor nyeri. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan, atau metastase. Nyeri pada inflamasi terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya inflamasi.

Dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, namun akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Ningtyas *et al.*, 2023).

2.3.4 Mekanisme Nyeri

Timbulnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri (*nociceptor*) merupakan ujung-ujung saraf yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat

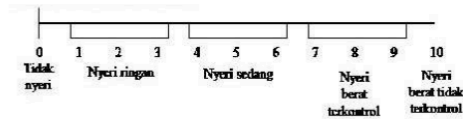
kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis.

Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamus. Selanjutnya *spinoreticular tract* (SRT) membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri (Ningtyas *et al.*, 2023).

2.3.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh individu yang berbeda-beda. Menurut (Ningtyas *et al.*, 2023), penilaian intensitas nyeri dapat diukur menggunakan berbagai cara, diantaranya :

1. Skala Intensitas Nyeri Sederhana



Gambar 2.3.5 *Verbal Descriptor Scale*

Verbal Descriptor Scale (VDS) merupakan skala pendeskripsi verbal untuk pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS ditentukan sebagai berikut :

- a. Angka 0 : tidak nyeri
- b. Angka 1-3 : nyeri ringan
- c. Angka 4-6 : nyeri sedang
- d. Angka 7-9 : nyeri berat terkontrol
- e. Angka 10 : nyeri berat tidak terkontrol

2. Skala Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*



Gambar 2.3.5 *Visual Analog Scale*

Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu skala garis lurus yang memiliki intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. VAS hanya memiliki dua pilihan penilaian saja yaitu “tidak nyeri” dan “nyeri sangat hebat”. Skala ini mengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

3. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.3.5 Numeric Rating Scale

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan skala penilaian numerik yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Skala NRS paling efektif yang digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi. Skala ini juga lebih efektif untuk menilai nyeri akut. Penilaian skala NRS ditentukan sebagai berikut :

- a. Angka 0 : tidak nyeri
- b. Angka 1-3 : nyeri ringan
- c. Angka 4-6 : nyeri sedang
- d. Angka 7-10 : nyeri berat

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas

Meliputi nama klien, nama panggilan, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, jumlah saudara, bahasa yang digunakan, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS) dan diagnosa medis. Faktor usia tidak menentu terkadang yang menderita fraktur itu usia remaja, dewasa dan tua. Usia tua dikarenakan osteoporosis, sedangkan pada usia remaja dan dewasa itu biasanya dikarenakan mengalami kecelakaan.

2. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah terasa nyeri

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu dengan mengetahui mekanisme terjadinya penyebab fraktur bisa diketahui luka yang diakibatkan dari kecelakaan yang lain.

P (Provoking incident) : Karena adanya luka post operasi fraktur collum femur

Q (Quality of pain) : seperti apa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R (Regio) : Lokasi nyeri berada di tempat post operasi fraktur collum femur.

S (Scale of pain) : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

T (Time) : berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma / kecelakaan, degeneratif dan patologi. Pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada atau tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Pada keluarga klien ada / tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular. Diabetes dan Hipertensi karena dengan tekanan darah yang tinggi serta gula darah juga tinggi yang mempersulit proses penyembuhan.

6. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Simetris atau tidak simetris, ada ketombe atau tidak ada ketombe, ada kotoran pada kulit kepala atau tidak Ada kotoran pada kulit kepala, Pertumbuhan rambut merata atau tidak ada Pertumbuhan rambut, ada lesi atau tidak ada lesi, ada nyeri tekan atau tidak ada Nyeri tekan.
- b. Leher : Benjolan atau massa (ada atau tidak), ada kekakuan atau tidak ada kekakuan, ada nyeri atau tidak ada nyeri, ada hiperekstensi atau tidak ada hiperekstensi, Tenggorokan : OVULA (Simetris atau tidak), kedudukan trakea (normal atau tidak), Gangguan Bicara (ada atau tidak ada).
- c. Mata : Bola mata (simetris atau tidak simetris), pergerakan bola mata normal atau tidak normal, Reflek pupil terhadap cahaya normal atau tidak normal, kornea (bening atau tidak bening), konjungtiva (anemis atau tidak enemis), selera ada ikretik, ketajaman penglihatan normal atau tidak normal.
- d. Telinga : Bentuk daun telinga (simetris atau tidak), pendengaran (baik atau tidak),ada serumen atau tidak, ada cairan atau tidak .

- e. Hidung : Bentuk (simetris atau tidak simetris), fungsi penciuman (baik atau tidak baik), ada peradangan atau tidak ada peradangan , ada polip atau tidak ada polip
- f. Mulut : Bibir (warnanya pucat, sianosis atau merah), kering atau lembab, gigi bersih atau gigi kotor, tonsil (radang atau tidak), lidah (tremor atau tidak , kotor atau tidak), fungsi pengecap (baik atau tidak baik), ada stomatitis atau Tidak.
- g. Thorax (Jantung dan Paru-paru) : Bentuk (simetris atau tidak simetris), bentuk dan pergerakan dinding dada (simetris atau tidak simetris), ada bunyi irama pernafasan seperti: teratur atau Tidak teratur, ada irama kussmaul atau tidak ada irama kussmaul, stridor atau tidak stridor, whezeeng atau tidak whezeeng, ronchi atau tidak ronchi, pleura friction-rub atau tidak pleura friction-rub, ada nyeri tekan pada daerah dada atau tidak ada nyeri, ada atau tidak bunyi jantung tambahan, Seperti : bunyi Jantung 1 yaitu bunyi menutupnya katub mitral dan trikuspidalis, bunyi Jantung 2 yaitu bunyi menutupnya katup aorta dan pulmonalis, bising jantung atau murmur.
- h. Abdomen : Bentuk (simetris atau tidak simetris), ada nyeri tekan pada epigastrik atau tidak, ada peningkatan peristaltic usus atau tidak ada,ada nyeri tekan pada daerah suprapubik atau tidak ada nyeri, ada oedema atau tidak ada oedema.
- i. Inguinal, genetalia, anus :
 Tujuan : mengetahui adanya kelainan dan kesulitan BAB
 Inspeksi : tidak ada hernia, tidak ada kesulitan BAB

j. Pemeriksaan sistem Muskuloskeletal :

1. Inspeksi (Look) : Pada inspeksi dapat diperhatikan wajah klien, kemudian warna kulit, kemudian, saraf, tendon ligamen, dan jaringan lemak, otot, kelenjar limfe, tulang dan sendi, apakah ada jaringan perut warna kemerahan atau kebiruan atau Hiperpigmentasi, apa ada benjolan dan pembengkakan, atau adakah bagian yang tidak normal.
2. Palpasi (feel) : pada pemeriksaan palpasi yaitu suhu pada kulit, apakah teraba denyut arteri, raba apakah ada pembengkakan, palpasi pada daerah jaringan lunak, untuk mengetahui adanya spasme otot, atrofi otot, apakah ada penebalan jaringan senovia, adanya cairan didalam/diluar sendi, perhatikan bagaimana bentuk tulang, ada atau tidak penonjolan atau adanya abnormalitas.
3. Pergerakan (move) : perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif/pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sendi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan (Range Of Motion), dan pemeriksaan gerak sendi aktif maupun pasif. Pergerakan kekuatan otot dapat digolongkan sebagai berikut :
 - 1) Derajat 0 tidak ada kontraksi otot sama sekali.
 - 2) Derajat 1 terdapat sedikit kontraksi
 - 3) Derajat 2 mampu menggerakkan ekstermitas tapi tidak mampu mengangkatnya

- 4) Derajat 3 kekuatan otot lemah tapi anggota tubuh bisa digerakkan
- 5) Derajat 4 kekuatan otot lemah tapi mampu menahan beban yang diberikan
- 6) Derajat 5 Tidak dapata kelumpuhan atau kondisi normal .

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul menurut Astari (2023), antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun.
4. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang dirasakan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2017). Perencanaan keperawatan terdiri dari penetapan tujuan, kriteria hasil dan intervensi.

Tabel 2.4.3 Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meringis - Bersikap protektif mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Posisi berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik Kontrol Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan mengenali onset nyeri 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 4. Kemampuan menggunakan tekniknon-farmakologi 5. Dukungan orang terdekat 6. Keluhan nyeri 7. Pemberian analgetik	Manajemen Nyeri Observasi 8. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 9. Identifikasi skala nyeri 10. Identifikasi respon nyeri non verbal 11. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 12. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 13. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 14. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 15. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan

yang memperberat
rasa nyeri (mis: suhu
ruangan,
pencahayaan,
kebisingan)

3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Pemberian Analgetik

Observasi

1. Identifikasi karakteristik nyeri
2. Identifikasi riwayat alergi obat
3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik
4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic
5. Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
3. Tetapkan target

			efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien
			4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan
			Edukasi
			1. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Dukungan Mobilisasi
Gejala dan tanda mayor			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 melakukan mobilisasi
- Rentang gerak (ROM) menurun			Terapeutik
Gejala dan tanda minor			1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
Subjektif			2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Nyeri saat bergerak			3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- Enggan melakukan pergerakan			Edukasi
- Merasa cemas saat bergerak			1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
Objektif			2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Sendi kaku			3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- Gerakan tidak terkoordinasi			Perawatan Sirkulasi
- Gerakan terbatas			
Fisik lemah			
3. Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi Perifer		

berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun dibuktikan dengan :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- Pengisian kapiler >3 detik
- Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- Akral teraba dingin
- Warna kulit pucat
- Turgor kulit menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- Parastesia
- Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

Objektif :

- Edema
- Penyembuhan luka lambat
- Indeks ankle-brachial < 0,90
- Bruit femoral

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

1. Kekuatan nadi perifer meningkat
 2. Warna kulit pucat menurun
 3. Pengisian kapiler membaik
 4. Akral membaik
- Turgor kulit membaik

Observasi

1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)
2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
 4. Lakukan pencegahan infeksi
 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku
- Lakukan hidrasi

Edukasi

1. Anjurkan berhenti merokok
2. Anjurkan berolahraga rutin
3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
6. Anjurkan menghindari penggunaan obat

		penyekat beta
		7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
		8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular
		9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
		10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
4. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu tindakan pelaksana dari rencana yang sudah dibuat untuk proses penyembuhan klien selama klien di rawat di rumah sakit. Setiap tindakan yang di berikan dari rencana tindakan harus di beri tanggal, waktu dan paraf (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis). Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan pasien (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien *post operasi fraktur collum femur dextra* di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

3.2. Batasan istilah

Batasan istilah yang menerangkan istilah-istilah kunci sebagai fokus studi kasus penelitian ini yaitu:

1. Asuhan keperawatan merupakan cara atau metode dalam pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan terorganisasi, fokus terhadap reaksi atau respon unik terhadap masalah kesehatan kelompok maupun baik yang aktual maupun potensial.
2. Fraktur *collum femur* merupakan fraktur intrakapsular dimana suplai pembuluh darah arterial ke lokasi fraktur dan *caput femur* terganggu dan dapat menghambat proses penyembuhan Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya, peristiwa trauma seperti dislokasi benturan, terjatuh, pemukulan, posisi tidak benar atau miring, kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologi) dan penarikan.

3.3. Partisipan

Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 klien dengan usia 56 tahun di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

⁴ 3.4. Lokasi dan waktu penelitian

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang

3.4.2 Waktu ²¹ penelitian

Penelitian ini berlangsung pada tanggal 03 Juli 2025, dimulai dari perencanaan proposal hingga penyelesaian laporan hasil akhir penelitian. Lamanya waktu pemberian asuhan keperawatan disesuaikan dengan keberhasilan target dari tindakan atau minimal 3 hari klien dirawat.

3.5. Pengumpulan data

⁷ Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini guna memperoleh data agar sesuai dengan permasalahan yaitu:

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

Tujuan dari uji keabsahan data adalah untuk memastikan bahwa data dari studi kasus yang tinggi adalah valid. Selain memeriksa integritas peneliti (peneliti sebagai alat utama), data juga diperiksa melalui metode berikut:

1. Triangulasi yang bersumber dari tiga data pendukung yaitu keluarga pasien yang pernah mengalami *fraktur collum femoris*, perawat dan pasien yang

mengalami *fraktur collum femoris* digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7. Analisis data

Pengumpulan data dimulai setelah peneliti tiba di lapangan, dan analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data, membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang jawaban penelitian yang ditemukan melalui interpretasi wawancara mendalam yang digunakan untuk menjawab rumusan pertanyaan penelitian. Penelitian ini menganalisis data dalam beberapa langkah:

1. Pengumpulan informasi

Wawancara, observasi, dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data. Hasilnya akan dicatat pada transkrip. Data dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini.

2. Mengurangi informasi

Buku catatan dari wawancara dirangkum, dibagi menjadi data objektif dan subjektif, diuji dengan uji diagnostik, dan dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyampaian informasi

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, bandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoretis antara perilaku kesehatan dan kesehatan.

5. Kesimpulan

Induksi digunakan untuk mengambil kesimpulan. Data dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi dikumpulkan.

3.8. Etika penelitian

Etika penelitian merupakan masalah penting yang harus di perhatikan melihat bersinggungan langsung dengan manusia. Etika penelitian yang penting untuk di perhatikan yaitu:

1. Persetujuan menjadi klien (*Informed consent*)

Penjelasan diberikan terhadap responden sebelum di lakukannya penelitian guna mengetahui maksud atau tujuan dan manfaat penelitian. Lembar persetujuan diberikan untuk diisi apabila responden menyampaikan kesediaannya dan harus menghargai apabila tidak menyatakan kesediaannya untuk menjadi responden.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Jaminan diberikan dengan tidak di cantumkannya nama asli responden kemudian pada lembar pengumpulan data serta hasil penelitian diganti menggunakan kode guna menjaga kerahasiaan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang diperoleh semuanya dijaga kerahasiaannya serta pada

hasil riset yang di laporkan hanya data tertentu. Informasi yang memiliki hubungan dengan ³penelitian ini saja yang akan ditampilkan dan tidak digunakan untuk keperluan pribadi

4. *Ethical clearance*

Tim KEPK ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang melakukan uji kelayakan etik pada penelitian ini, yang dinyatakan lolos dengan No.422/KEPK/ITSKES-ICME/VIII/²⁸2025.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan masalah *post* operasi fraktur *collum femur dextra* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruangan Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pengumpulan data dan dokumentasi dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang terletak di Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 tepatnya di ruangan Yudistira dimana ruangan tersebut terbagi menjadi dua bagian, yaitu ruang VIP dilantai 4 dan ruang non VIP dilantai 1.

4.1.2 Karakteristik Partisipan (Identitas Pasien)

Pasien adalah perempuan bernama Ny. S berusia 56 tahun, beragama Islam, sudah menikah, pasien dulu bekerja di PT. Gudang Garam namun setelah sering sakit keluar dari pekerjaannya, bertempat tinggal di Ngoro Kabupaten Jombang, suku Jawa, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Jawa. Klien dirawat dengan diagnosis medis *fracture collum femur dextra*.

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1. PENGKAJIAN

Tanggal MRS	: 15-10-2024
Tanggal Pengkajian	: 17-10-2024
Jam Pengkajian	: 10.00 WIB
Jam Masuk	: 09.00 WIB
No. RM	: 478X
Diagnosa	: <i>Fracture Collum Femur Dextra</i>

2. IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien	: Ny. S
-------------	---------

Umur : 56 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku/ Bangsa : Jawa/Indonesia
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Status Pernikahan : Menikah
 Alamat : Ngoro, Jombang

3. **PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Ny. W
 Umur : 37 tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Status Pernikahan : Menikah
 Alamat : Ngoro, Jombang
 Penanggung Jawab Biaya : Anak kandung

4. **RIWAYAT KESEHATAN**

KELUHAN UTAMA :

Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada luka *post* operasi penggantian kepala tulang pinggul.

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :

Pasien datang ke IGD RSUD Jombang pada tanggal 15 Oktober 2024 pukul 08.30 wib dengan keluhan nyeri pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, dan paha bengkak. Keluhan tersebut dirasakan sejak 2 minggu sebelum masuk RS, dikarenakan pasien jatuh dari bed kamarnya. Setelah dilakukan beberapa pemeriksaan, pasien didiagnosa *fracture collum femur dextra* oleh dokter spesialis bedah. Pasien menjalani operasi AMP pada tanggal 16 Oktober 2024. Sekarag mengeluh nyeri P = Provoking atau Paliatif nyeri karena luka post operasi Q =

Quality nyeri seperti tertusuk-tusuk R = Regio nyeri dibagian luka post operasi (bagian pinggul) S = Severity skala nyeri 7 T = Time nyeri hilang timbul

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan pada tahun 2018 pernah dirawat di RS terkena stroke yang mengakibatkan anggota badan menurun.

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

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

5. POLA FUNGSI KESEHATAN

1. 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.

2. Nutrisi dan Metabolik

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

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 : tidak ada

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. 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 koping 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 ³⁴ 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 senium (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 : 165/93 mmHg

Nadi : 107x/menit

Suhu : 36,5⁰ C

RR : 20x/menit

b. Kesadaran : Composmentis

GCS : 456

c. Keadaan Umum

Status gizi : gemuk

BB : 60kg

TB : 150cm

Sikap : Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

- a. Warna rambut : warna rambut putih (beruban)
- 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 pengeluaran cairan
- d. Data lain : tidak ada

4) Hidung dan Sinus

- a. Bentuk hidung : normal
- b. Warna : sawo matang

c. Data lain : tidak ada

5) Mulut dan Tenggorokan

a. Bibir : normal

b. Mukosa : bibir kering

c. Gigi : gigi bersih

d. Lidah : normal

e. Palatum : normal

f. Faring : normal

g. Data lain : tidak ada

6) Leher

a. Bentuk : normal

b. Warna : sawo matang

c. Posisi trakea : normal

d. Pembesaran tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

e. JVP : tidak ada

f. Data lain : tidak ada

7) Thorax

Paru-paru

a. Bentuk dada : normal chest

b. Frekuensi nafas : 20x/menit

- c. Kedalaman nafas : normal
- d. Jenis pernafasan : eupnea
- e. Retraksi dada : tidak ada
- 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 ada

8) Abdomen

- a. Bentuk perut : datar tidak ada benjolan
- b. Warna kulit : normal sawo matang
- c. Lingkar perut : ± 80 cm
- d. Bising usus : 20x/menit
- e. Massa : tidak ada
- f. Ascites : tidak ada

g. Nyeri : tidak ada

h. Data lain : tidak ada

9) Ekstremitas

a. Kekuatan otot:

5	5
2	5

b. Turgor : < 2 detik

c. Odem : terdapat odem

d. Nyeri : nyeri pada ekstremitas bawah pada bagian pinggul sampai kaki sebelah kanan

e. Warna kulit : pucat

f. Akral : hangat

g. Sianosis : tidak ada

h. Parese : tidak ada

i. Alat bantu : tidak ada

j. Data lain : tidak ada

e) Pemeriksaan Penunjang :

LABORATORIUM : 15 Oktober 2023

A. Darah Lengkap

Leukosit	: 12.720 ⁸	(N : 3.500 - 10.000 μ L)
Eritrosit	: 2,69 juta	(N : 1,2 juta - 1,5 juta)
Trombosit	: 179.000 ³¹	(N : 150.000 - 350.000 / μ L)
Hemoglobin	: 7,6 ⁶	(N : 11,0 - 16,3 gr / dl)
Hematokrit	: 23,1	(N : 35,0 - 50 gr / dl)

B. Kimia Darah

Creatinin	: 2,92	(N : 07 - 1,5 mg / dl)
SGOT	: 14	(N : 2 - 17)
SGPT	: 12	(N : 3 - 19)

BUN : 55 (N : 20 – 40 / 10 – 20 mg / dl)

Bilirubin : negatif (N : 1,0⁶ mg / dl)

GD Puasa : 132 (N : 100 mg / dl)

C. Elektrolit

Natrium : 124 (N : 136 – 145 mmol / l)

D. EKG : Sinus rhytm

E. Foto Rontgen :

15 Oktober 2024

Osteoporotik ringan pada tulang-tulang yang tampak

Tampak *fracture collum os.femur dextra proximal, apposisi*

dan *alignment* jelek

Tak tampak dislokasi

17 Oktober 2024 (post operasi)

Trabekulasi tulang baik

Terpasang *prothese* densitas logam, *femur dextra*, posisi

prothese baik

Tampak garis *luscent* pada *os.ischio* dan *os.ilii dextra* =>

susp. Fissure, dd : bayangan pada soft tissue super posisi

pada tulang

f) Terapi Medik :

Infus Nacl 0,9% 1000/24jam (14 tpm)

Tramadol 3x100mg

Metamizole 3x500mg

Cefuroxime 2x750mg

Allopurinol 1x100mg

Natrium bikarbonat 3x500mg

Kolkisin 1x0,5mg

1. Analisa Data

Tabel 4.1 Analisa data

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi atau pinggul sebelah kanan - P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : skala nyeri 7 T : nyeri timbul terus menerus DO : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak gelisah - Pasien kesulitan tidur - Posisi pasien menghindari nyeri - <i>Post operasi</i> AMP hari ke 2 - TD : 165/93 mmHg N : 107x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97%	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
2.	DS : - Pasien mengatakan sulit menggerakan kaki bagian sebelah kanan DO : - Pasien tampak lemah - Pasien tampak cemas - Pasien kesulitan bergerak - Rentang gerak (ROM) menurun 5 5 2 5 - Gerakan terbatas - TD : 165/93 mmHg N : 107x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97%	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

2. Diagnosa Kepeawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan : Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meringis - Bersikap protektif mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Posisi berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5)	Manajemen Nyeri 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 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: terapi relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat 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
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : Gejala dan tanda mayor	Mobilitas Fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Subjektif :	kriteria hasil :	2. Identifikasi toleransi
- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)	fisik melakukan pergerakan
Objektif	2. Kekuatan otot meningkat (5)	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Kekuatan otot menurun	3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5)	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- Rentang gerak (ROM) menurun		
Gejala dan tanda minor		
Subjektif		Terapeutik
- Nyeri saat bergerak		1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- Enggan melakukan pergerakan		2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Merasa cemas saat bergerak		3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Objektif		Edukasi
- Sendi kaku		1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Gerakantidak terkoordinasi		2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Gerakan terbatas		3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- Fisik lemah		

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2021)

4. ²³Implementasi Keperawatan

No.	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Paraf
1.	17/10/2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 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. Memfasilitasi istirahat dan tidur - Pasien bed rest total 7. Mengkolaborasi pemberian analgetic - Injeksi tramadol 3 x 100 mg	
	10.00 – 10.05			
	10.00 – 10.10			
	10.00 – 10.15			
	10.00 – 10.20			
	10.00 – 10.25			
	10.00 – 10.30			
	10.00 – 11.00			
2.	18/10/2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 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. Memfasilitasi istirahat dan tidur - Pasien bed rest total 7. Mengkolaborasi pemberian analgetic - Injeksi tramadol 3 x 100 mg	
	10.00 – 10.05			
	10.00 – 10.10			
	10.00 – 10.15			
	10.00 – 10.20			
	10.00 – 10.25			
	10.00 – 10.30			
	10.00 – 11.00			
3.	19/10/2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri - Skala nyeri 2 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Memberikan teknik	
	10.00 – 10.05			
	10.00 – 10.10			
	10.00 – 10.15			
	10.00 – 10.20			
	10.00 – 10.25			

	10.00 – 10.30 10.00 – 11.00		nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Memberikan teknik relaksasi nafas dalam 6. Memfasilitasi istirahat dan tidur - Pasien bed rest total 7. Mengkolaborasi pemberian analgetic - Injeksi tramadol 3 x 100 mg	
4.	17/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.00 – 10.15 10.00 – 10.20 10.00 – 10.25 10.00 – 10.30 10.00 – 11.00 11.00 – 11.30 11.30 – 12.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	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 : 165/93 mmHg - N : 107x/menit - S : 36,5C - RR : 20x/menit - Spo2 : 97% - K/U composmentis 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. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan - Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi	
5.	18/10/2024 10.00 – 10.05 10.00 – 10.10 10.00 – 10.15	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	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 : 150/90 mmHg - N : 93x/menit - S : 36C - RR : 20x/menit - Spo2 : 98x/menit - K/U composmentis 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi	

	10.00 – 10.20		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 – 11.00		7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
	11.00 – 11.30		8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	
	11.30 – 12.00		9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
			- Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi	
6.	19/10/2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
	10.00 – 10.05		2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	
	10.00 – 10.10		- ROM pasien terbatas	
	10.00 - 10.15		3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	
			- TD : 135/90 mmHg	
			N : 87 x/menit	
			S : 36,5C	
			RR : 20x/menit	
			Spo2 : 97%	
			- K/U composmentis	
	10.00 – 10.20		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	
			7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
	10.00 – 11.00		8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	
	11.00 – 11.30		9. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
	11.30 – 12.00		- Pasien sangat antusias mendengarkan dan mempratekkan penjelasan perawat tentang melatih ROM pasca operasi	

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan

5. ¹⁹Evaluasi Keperawatan

Tabel 5.1 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	17/10/2024 10.00 WIB	¹ Keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi atau pinggul sebelah kanan masih terasa - P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : skala nyeri 7 T : nyeri timbul terus menerus O : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien bedrest total - Nyeri saat melakukan pergerakan - TD : 165/93 mmHg N : 107x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97% A : Masalah b ¹⁰ teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
2.	18/10/2024 10.00 WIB	¹ Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi atau pinggul sebelah kanan sedikit berkurang - P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan berkurang - Pasien tampak melakukan sebagian pergerakan - TD : 150/90 mmHg N : 93x/menit S : 36C RR : 20x/menit Spo2 : 98x/menit A : Masalah t ⁵ tasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,5,6,7	
3.	19/10/2024 10.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : - Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi atau pinggul sebelah kanan sudah berkurang - P : nyeri karena <i>post</i> operasi	

			Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : skala nyeri 2 T : nyeri hilang timbul O : - Pasien tampak meringis kesakitan berkurang - Pasien tampak melakukan pergerakan - TD : 135/90 mmHg N : 87 x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
4.	17/10/2024 10.00 WIB	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 2 - TD : 165/93 mmHg N : 107x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,6,7, 8,9	
5.	18/10/2024 10.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : - Pasien mengatakan bisa sedikit menggerakkan kaki sebelah kanan O : - Pasien tampak sedikit lemah - Sulit menggerakkan ekstremitas berkurang - Luka tertutup perban - Kekuatan otot 3 - TD : 150/90 mmHg N : 93x/menit S : 36C RR : 20x/menit Spo2 : 98x/menit A : Masalah sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,6,7,8,9	
6.	19/10/2024 10.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : - Pasien mengatakan bisa menggerakkan kaki sebelah kanan O : - Sulit menggerakkan ekstremitas berkurang - Luka tertutup perban - Kekuatan otot 4 - TD : 135/90 mmHg	

			N : 87 x/menit S : 36,5C RR : 20x/menit Spo2 : 97% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	--	--

4.2 Pembahasan

Bab ini membahas isi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus *post operasi fraktur collum femur* pada Ny.S di ruang Yudistira Rumah Sakit Umum Daerah Jombang. Penulis melakukan studi dokumentasi 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. S umur 65 tahun didapatkan pasien masuk rumah sakit pada tanggal 15 Oktober 2024 dengan keluhan nyeri pada bagian pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, dan paha bengkak. Didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda dan gejala TD : 165/93mmHg, N : 107x/menit, S : 36,5C, RR : 20x/menit, Spo2 : 97%, kesadaran composmentis. Setelah dilakukan pemeriksaan pada klien ditegakkan diagnosa *fracture collum femur dextra* yang didukung oleh pemeriksaan foto rontgen pada tanggal 15

Oktober 2024 didapatkan hasil : osteoporotik ringan pada tulang-tulang yang tampak, tampak *fracture collum os.femur dextra proximal, apposisi* dan *alignment* jelek, tak tampak dislokasi.

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 collum femur dextra* yaitu nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik

Penulis mengangkat diagnosa ini di dukung dengan data yang di dapatkan pada pasien dan sesuai dengan peraturan pengangkatan diagnosa oleh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2021) sebagaimana di katakan 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 2 diagnosa lainnya seperti: perfusi perifer tidak efektif dan 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, paha bengkak dan hasil foto rontgen fraktur *collum femur dextra*, TD 165/93mmHg, Nadi 107x/menit.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2021), 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.

Penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data yang di dapatkan pada pasien yaitu : keluhan nyeri hebat pada area pinggul kanan yang menjalar hingga ke kaki, adanya pembengkakan pada paha kanan, serta keterbatasan gerak yang signifikan. Selain itu, tanda vital menunjukkan peningkatan denyut nadi

(107x/menit) dan tekanan darah (165/93 mmHg), yang dapat menjadi respon fisiologis tubuh terhadap nyeri akut. Pemeriksaan radiologis menegaskan adanya cedera struktural berupa *fraktur* pada *collum femur dextra* dengan *apposisi* dan *alignment* yang buruk.

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

Menurut Wilkinson & Ahern dalam (Anwar, 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.

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 paha dan pinggul kanan. Kondisi ini diperparah oleh adanya *fraktur collum femur dextra*, yang menyebabkan pasien tidak mampu mempertahankan posisi tubuh secara mandiri, serta harus bergantung pada bantuan saat beraktivitas. Pembengkakan dan nyeri *post operasi fraktur* juga memperkuat adanya keterbatasan dalam fungsi gerak.

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

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai darah ke jaringan menurun. Meskipun terdapat beberapa tanda klinis yang mengarah pada

kemungkinan gangguan perfusi perifer, seperti kulit pucat atau sianosis pada ekstremitas, namun data yang ada belum memenuhi kriteria mayor maupun minor sesuai standar diagnostik keperawatan. Hal ini diperkuat dengan hasil pemeriksaan saturasi oksigen yang masih berada dalam batas normal (SpO_2 97%) serta tidak ditemukannya keluhan spesifik terkait penurunan aliran darah ke ekstremitas.

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Menurut peneliti, diagnosa risiko infeksi memang relevan pada pasien pasca pembedahan karena adanya prosedur invasif yang dapat memicu kerentanan terhadap infeksi. Namun, berdasarkan hasil pengkajian, data yang diperoleh tidak memenuhi kriteria mayor maupun minor. Hanya ditemukan adanya odem dan peningkatan leukosit yang masih dapat dikaitkan dengan proses inflamasi normal pasca operasi, tanpa disertai tanda-tanda khas infeksi seperti demam, kemerahan, atau keluarnya cairan dari luka. Dengan demikian, penulis tidak menetapkan risiko infeksi sebagai diagnosa utama, melainkan tetap memantau kondisi luka dan memberikan perawatan yang optimal untuk mencegah kemungkinan komplikasi infeksi di kemudian hari.

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 bagian pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, paha bengkak

dan hasil foto rontgen fraktur *collum femur dextra*, TD 165/93mmHg, Nadi 107x/menit.

Intervensi nyeri akut bertujuan agar pasien mampu mengontrol nyeri dengan menurunkan tingkat nyeri dan tanda-tanda yang menyertainya, seperti meringis, gelisah, dan tekanan darah tinggi, sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Langkah yang dilakukan meliputi identifikasi nyeri, mencakup lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas, serta penilaian skala nyeri menggunakan metode PQRST (Anwar, 2022). Teknik non-farmakologis yang digunakan adalah relaksasi napas dalam untuk membantu merilekskan tubuh sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Lela & Reza dalam (Anwar, 2022). Selain itu, dilakukan edukasi mengenai penyebab nyeri agar pasien memahami faktor pencetus dan mampu mengelolanya. Pemberian analgetik dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter dan farmasi untuk memastikan obat diberikan sesuai resep dan dosis yang tepat Andri *et al.*, (Anwar, 2022). Intervensi ini diharapkan tidak hanya mengurangi nyeri, tetapi juga meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisinya sehingga mendukung proses pemulihan.

Peneliti berpendapat bahwa pada kasus nyeri akut yang dialami Ny. S sesuai dengan gambaran klinis pasien *pasca fraktur collum femur dextra*, di mana rasa nyeri muncul akibat kerusakan jaringan dan respon inflamasi pasca cedera. Intervensi yang dilakukan sudah tepat karena menggabungkan penilaian nyeri secara sistematis, teknik non-farmakologis, edukasi, dan pemberian obat secara kolaboratif. Pendekatan ini sejalan dengan teori dan standar praktik keperawatan, sehingga mampu mengatasi nyeri dari berbagai aspek, baik fisik maupun psikologis. Relaksasi napas dalam membantu mengurangi ketegangan otot,

sedangkan edukasi membuat pasien lebih paham dan siap mengelola nyeri yang muncul. Kolaborasi pemberian analgetik memastikan nyeri dapat dikontrol dengan efektif. Dengan kombinasi tersebut, pasien memiliki peluang lebih besar untuk berpartisipasi dalam mobilisasi dini, sehingga proses pemulihan dapat berlangsung optimal dan risiko komplikasi dapat diminimalkan.

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

Intervensi mobilitas bertujuan membantu pasien melakukan pergerakan pada ekstremitas dan meningkatkan kekuatan otot. Langkah yang dilakukan meliputi identifikasi nyeri, pengkajian tanda vital, melibatkan keluarga, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, serta mengajarkan mobilisasi sederhana sesuai kondisi pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPN1, 2021). Mobilisasi dini pasca operasi bertujuan mengurangi risiko komplikasi, mencegah kekakuan sendi, dan mempertahankan fungsi otot. Keterlibatan keluarga memberikan motivasi dan dukungan emosional, sedangkan edukasi mobilisasi bertujuan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai latihan yang aman dilakukan, seperti miring kanan/kiri atau latihan rentang gerak pasif Lela & Reza dalam (Anwar, 2022). Edukasi juga penting untuk mengingatkan pasien agar tidak berlebihan bergerak sehingga jahitan tidak terbuka, serta mencegah komplikasi seperti *delayed union* (penyembuhan tulang yang lama) dan *non union* (kegagalan penyembuhan tulang) Inra *et al.*, dalam (Anwar, 2022).

Menurut peneliti masalah gangguan mobilitas fisik yang dialami Ny. S sesuai dengan kondisi umum pasien *pasca operasi fraktur*, di mana penurunan

kekuatan otot dan nyeri menjadi hambatan utama untuk bergerak. Intervensi yang diberikan sudah tepat karena tidak hanya fokus pada latihan fisik, tetapi juga mencakup penilaian nyeri, pemantauan tanda vital, serta keterlibatan keluarga. Keterlibatan keluarga sangat penting untuk memberikan dukungan moral dan membantu pasien lebih percaya diri dalam bergerak. Edukasi mengenai prosedur dan tujuan mobilisasi juga bermanfaat agar pasien dan keluarga memahami pentingnya latihan dini serta cara melakukannya dengan aman. Anjuran untuk tidak melakukan gerakan berlebihan sangat tepat agar jahitan tidak terbuka dan proses penyembuhan tulang tidak terganggu. Pendekatan ini sesuai teori dan dapat mencegah komplikasi seperti *delayed union* dan *non union*, sehingga membantu mempercepat pemulihan pasien.

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. S selama 24 jam dari tanggal 17 hingga 19 Oktober 2024. Implementasi yang diberikan pada Ny. S adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan nyeri pada bagian pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, paha bengkak dan hasil foto rontgen fraktur *collum femur dextra*, TD 165/93mmHg, Nadi 107x/menit.

Implementasi pada diagnosis nyeri akut meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, penilaian skala nyeri, pemberian teknik non-farmakologis seperti relaksasi napas dalam, edukasi

penyebab nyeri, serta kolaborasi pemberian analgetik. Terapi relaksasi napas dalam dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien dan bermanfaat untuk memberikan ketenangan serta membantu menurunkan tekanan darah Inra *et al.*, dalam (Anwar, 2022).

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kasus nyeri akut Ny. S sudah sesuai dengan kebutuhan pasien dan teori keperawatan. Pendekatan ini mencakup penilaian nyeri secara detail, pemberian teknik relaksasi, edukasi, dan kolaborasi pemberian obat, sehingga nyeri dikelola dari berbagai sisi. Relaksasi napas dalam menjadi pilihan tepat karena mudah dilakukan, tidak memerlukan alat, dan dapat memberikan efek menenangkan sekaligus membantu menurunkan tekanan darah. Edukasi juga penting agar pasien memahami penyebab nyeri dan cara mengatasinya, sehingga lebih siap menghadapi rasa nyeri yang muncul. Dengan kombinasi terapi non-obat dan obat, pasien memiliki peluang lebih besar untuk mengontrol nyeri, memulihkan mobilitas, dan mempercepat proses penyembuhan.

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

Rencana dan tindakan keperawatan untuk gangguan mobilitas meliputi identifikasi nyeri, pengkajian tanda vital, melibatkan keluarga, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, serta mengajarkan mobilisasi sederhana. Mobilisasi dini setelah pembedahan penting untuk meningkatkan pergerakan dan aktivitas pasien, mencegah komplikasi, serta melancarkan sirkulasi darah. Pelaksanaan mobilisasi secara bertahap dengan dukungan keluarga membantu meningkatkan motivasi

pasien, seperti pada kasus ini di mana pasien bersemangat melakukan latihan *range of motion* (ROM) karena memiliki harapan untuk segera sembuh Fitria Anawar dalam (Anwar, 2022).

Peneliti berpendapat bahwa implementasi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada Ny. S sudah tepat karena mencakup penilaian kondisi fisik, dukungan emosional, serta latihan fisik bertahap. Mobilisasi dini pasca operasi sangat penting untuk mencegah komplikasi seperti kekakuan sendi, penurunan kekuatan otot, dan gangguan sirkulasi. Keterlibatan keluarga dalam proses ini menjadi faktor kunci karena dapat memberikan semangat dan rasa aman bagi pasien saat berlatih. Latihan *range of motion* (ROM) yang diajarkan secara bertahap membantu pasien beradaptasi dengan kondisi pasca operasi tanpa membebani area yang masih dalam proses penyembuhan. Pendekatan ini tidak hanya mendukung pemulihan fisik, tetapi juga menjaga motivasi dan optimisme pasien dalam proses penyembuhan.

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. S 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 evluasi: 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, makaperlu disusun rencana baru.

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Pengkajian yang di dapatkan pada klien Ny. S masalah nyeri akut, terdapat keluhan nyeri pada bagian pinggul sebelah kanan sampai kaki kanan, sulit digerakkan, paha bengkak dan hasil foto rontgen fraktur *collum femur dextra*. Pemeriksaan fisik tekanan darah 165/93mmHg, Nadi 107x/menit, suhu 36,5C respirasi 20x/menit, SpO2 97%.
2. Diagnosa keperawatan yang terjadi pada klien Ny. S adalah "Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik"
3. Rencana 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. 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.S adalah keluhan nyeri menurun, meringis ¹menurun, 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.S teratasi, dan intervensi di ruang Yudistira di hentikan.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Klien diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan dalam menjalani terapi dan latihan mobilisasi secara bertahap, serta menerapkan teknik manajemen nyeri nonfarmakologis agar proses pemulihan lebih optimal.

2. Bagi Perawat

Perawat diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, khususnya dalam manajemen nyeri dan latihan mobilisasi dini, serta melakukan edukasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga.

3. Bagi Intitusi Pendidikan

Institusi kesehatan diharapkan dapat menambah sarana rehabilitasi dan fisioterapi pasca operasi fraktur, serta menyediakan program edukasi keluarga agar dapat terlibat dalam perawatan pasien di rumah.

4. ¹⁸Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berikutnya disarankan melakukan penelitian dengan membandingkan berbagai teknik manajemen nyeri nonfarmakologis (seperti relaksasi, distraksi musik, kompres hangat/dingin) pada pasien pasca operasi fraktur, sehingga dapat diketahui metode yang paling efektif dalam menurunkan nyeri dan meningkatkan mobilitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andreza. (2020). *POI 32 DISTRIBUSI PASIEN FRAKTUR PADA EKSTREMITAS INFERIOR DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR TAHUN 2018*. 2507(February), 1–9.
- Anwar, F. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Post Op Fratur Colum Femur Di Ruang Baitusalam 2 Rsi Sultan Agung Semarang Karya. In *Disertasi*.
- 15 Cahyani, N., Wahyu, S., Hasbi, B. E., Harahap, M. W., & Putra, F. M. (2024). Karakteristik Faktor Risiko Terhadap Kejadian Fraktur Femur di Rs Ibnu Sina Makassar Tahun 2021-2022. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research Volume*, 4(1), 4886–4898.
- Deggy, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATIVE CLOSED FRACTURE COLLUM FEMURE SINISTRA HARI KE 3 DI RUANG E II RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA*. 33(1), 1–12.
- Dita, A. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI YANG DIBERI TINDAKAN AROMATERAPI LAVENDER DI RUANG IMAM BONJOL RSUD ARJAWINANGUN KABUPATEN CIREBON*. 75(17), 399–405.
- NC Fahmi. (2024). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Orif Open Fraktur Femur Yang Diberikan Perlakuan Teknik Distraksi Intelektual Di Ruang Melati RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan*. 1–23.
- Ningtyas, N. W. R., Amanupunnyo, N. A., Manueke, I., & Dkk. (2023). *Manajemen nyeri*.
- Nur Karimah. (2024). *Pengaruh terapi psikospiritual terhadap kenyamanan pasien post operasi di ruang icu*.
- Nur Mujahid, A. A., & Hasriana. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Lama Perawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Rawat Bedah Rsud Tenriawaru Watampone. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(24), 90245.
- Nurhayati, N., Marianthi, D., Desiana, D., & Ma 26 Rita, R. (2022). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Rumah 26 Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i1.9>
- Nurul, K. (2024). *Asuhan Keperawatan Dalam Pemberian Terapi Relaksasi Benson Pada Ny. S Dengan Post Operasi Fraktur Collum Femur Dextra Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kahuripan RSUD Gambiran Kota Kediri*.
- Putri, A. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS CLOSE FRAKTUR COLLUM FEMUR DEXTRA DI RUANG HI RUMKITAL DR. RAMELAN SURABAYA*.

- Sri, S. (2021). *LAPORAN STUDI KASUS PADA PASIEN POST OPERASI TOTAL HIP REPLACEMENT DI RUANG ICU RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN*. <https://repository.umkla.ac.id/1795/>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2021). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- ² Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2021). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- ² Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2021). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- U.Nuryanti. (2023). Pengaruh Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam Dan Dzikir Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah. *Depertemen Keperawatan Medikal Bedah*.

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

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

2%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	2%
2	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	1%
3	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%
4	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	<1%
5	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	<1%
6	s1-keperawatan.umm.ac.id Internet Source	<1%
7	Submitted to STKIP Sumatera Barat Student Paper	<1%
8	pdfcoffee.com Internet Source	<1%
9	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1%
10	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1%

11	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
12	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
13	repo.stikesbethesda.ac.id Internet Source	<1 %
14	repo.undiksha.ac.id Internet Source	<1 %
15	journal.arikesi.or.id Internet Source	<1 %
16	kc.umh.ac.id Internet Source	<1 %
17	Ernawati Anggraeni, Ririn Handayani, Melati Puspita Sari, Yuni Handayani. "HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KADAR SERUM IRON PADA REMAJA PUTRI DI SMK BHAITUL HIKMAH", Quality : Jurnal Kesehatan, 2025 Publication	<1 %
18	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1 %
19	Submitted to Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Student Paper	<1 %
20	repository.stikeselisabethmedan.ac.id Internet Source	<1 %
21	Submitted to IAIN Purwokerto Student Paper	<1 %
22	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %

23	rheluphdha.blogspot.com Internet Source	<1 %
24	azharif686.blogspot.com Internet Source	<1 %
25	docobook.com Internet Source	<1 %
26	ebsina.or.id Internet Source	<1 %
27	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
28	repository.ppicurug.ac.id Internet Source	<1 %
29	Hasrianti Hasrianti, Aryadi Arsyad, Andi Nilawati Usman, Sri Ramadany, Werna Nontji, Mahmud Hafsa. "EFEK PERMEN KARET, MADU, DAN MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN PERISTALTIK USUS DAN WAKTU FLATUS PADA PASIEN POST SEKSIO SESAREA", GEMA KESEHATAN, 2024 Publication	<1 %
30	R. Thomeé. "Patellofemoral pain syndrome in young women : I. A clinical analysis of alignment, pain parameters, common symptoms and functional activity level", Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 01/30/2007 Publication	<1 %
31	andikarizkiepranata.blogspot.com Internet Source	<1 %
32	journal.unhas.ac.id Internet Source	<1 %

33

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

34

repository.uin-suska.ac.id

Internet Source

<1 %

35

Adi Nurapandi, Irpan Ali Rahman, Henri Setiawan, Dimas Irawan. "The Effect of Virgin Coconut Oil (VCO) on Reducing Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes", MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 2025

Publication

<1 %

Exclude quotes

Off

Exclude matches

Off

Exclude bibliography

Off