

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S YANG
MENGALAMI FRAKTUR NECK FEMUR SINISTRA DI RUANG
CEMPAKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



DIAJUKAN OLEH:

INDAH

2011102416080

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2023

**Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang
Mengalami Fraktur Neck Femur Sinistra di Ruang Cempaka RSUD Abdul
Wahab Sjahranie Samarinda**

Karyah Tulis Ilmiah



Diajukan Oleh:

Indah

2011102416080

Program Studi Diploma III Keperawatan

Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

2023

MOTTO

“Janganlah kamu bersikap lemah dan janganlah pula kamu bersedih hati, Padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya jika kamu beriman”

Q.S. ALI IMRAN : 3 : 139

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indah

NIM : 2011102416080

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul :

STUDI KASUS KEPERAWATAN PADA IBU S YANG MENGALAMI
FRAKTUR NECK FEMUR SINISTRA DI RUANG CEMPAKA RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri,
bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui
sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian
ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan
(Permendiknas no.17, tahun 2010)

Samarindah, 17 Maret 2023



Indah
NIM. 2011102416080

LEMBAR PERSETUJUAN

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S YANG
MENGALAMI FRAKTUR NECK FEMUR SINISTRA DI RUANG
CEMPAKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

DISUSUN OLEH :

INDAH

2011102416080

Disetujui untuk di ujikan

Pada Tanggal, 17 Maret 2023

PEMBIMBING



Ns. Ulfatul Muffihah, M.N.S.

NIDN : 1118039302

Mengetahui,

Koordinasi Karya Tulis Ilmiah



Ns. Misbah Nurjannah, M.Kep

NIDN : 1129018501

LEMBAR PENGESAHAN

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S YANG
MENGALAMI FRAKTUR NECK FEMUR SINISTRA DI RUANG
CEMPAKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

DISUSUN OLEH :

INDAH

2011102416080

**Diseminarkan dan diujikan
Pada Tanggal, 17 Maret 2023**

Penguji I

**Ns. Enok Sureskiarti, M.kep
NIDN : 1119018202**

Penguji II

**Ns. Ulfatul Muflihah, M.N.S.
NIDN : 1118039302**

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



**Ns. Tri Wahyuni, M.Kep., Sp.Mat., Ph.D
NIDN. 1105077501**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indah
NIM : 2011102416080
Program Studi : DIII Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive-Royalti-Free Right*) atas karya tulis saya yang berjudul :

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU A YANG
MENGALAMI FRAKTUR NECK FEMUR SINISTRA DI RUANG
CEMPAKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Muhammadiyah bentuk meyimpanan, mengalih medihkan /formatkan,mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat : Samarinda

Pada tanggal : 17 Maret 2023

Yang menyatakan


Indah


METERAI
TEMPEL
02AKX7154272

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Fraktur Neck Femur Sinistra Di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ”.

Karya Tulis Ilmiah disusun untuk memenuhi salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang telah memberikan limpahan rahmat.
2. Prof. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
3. Dr. David Hariadi Masjhier Sp. OT, selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie.
4. Dr. Hj Nunung Herlina., S.Kp., M.Pd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan timur.
5. Ns. Tri Wahyuni, M.Kep., Sp.Mat., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan.
6. Ns. Ulfatul Muflihah,M.N.S., selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
7. Ns. Enok Sureskiarti, M.Kep, selaku Penguji karya Tulis Ilmiah.

8. Kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Rekan mahasiswa angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan dan semangat.
10. Seluruh Civitas Akademik yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti sangat menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terlalu banyak kekurangan dan keterbatasan, sehingga peneliti mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi perbaikan selanjutnya.

Samarinda, 17 Maret 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
MOTTO	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
Intisari.....	xiv
<i>Abstract</i>.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Peneliti	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep penyakit.....	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
BAB III METODE PENELITIAN	35
A. Desain Penelitian.....	35
B. Subyek Studi Kasus.....	35
C. Fokus Studi.....	35
D. Definisi Operasional.....	36
E. Instrumen Studi Kasus	36
F. Tempat dan Waktu Studi kasus.....	36
G. Prosedur Penelitian.....	36
H. Metode dan Instrumen pengumpulan Data	37

I. Keabsahan Data.....	38
J. Analisis Data dan pengkajian Data	38
K. Etika Studi Kasus	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	41
A. Hasil Studi Kasus	41
1. Gambaran lokasi Penelitian	41
2. Pengkajian.....	41
3. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	53
4. Perencanaan	54
5. Implementasi.....	56
6. Evaluasi.....	60
B. Pembahasan.....	62
1. Pengkajian.....	63
2. Diagnosa Keperawatan	64
3. Perencanaan/ Intervensi	67
4. Imlementasi.....	70
5. Evaluasi.....	73
6. Tindakan Inovasi.....	74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	75
A. Kesimpulan.....	75
B. Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tindakan atau Intervensi dari buku 3S (SDKI, SIKI, SLKI).....	23
Tabel 4. 1Skala morse.....	48
Tabel 4. 2 Hasil Lab.....	51
Tabel 4. 3 Analisa Data.....	53
Tabel 4. 4 Intervensi Keperawatan	54
Tabel 4. 5 Tabel Imlementasi.....	56
Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan.....	61
Tabel 4. 7 Evaluasi kompres dingin untuk nyeri	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway	12
Gambar 4. 1 Genogram.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Biodata Peneliti
- Lampiran 2. Sop Pengkajian Nyeri
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi
- Lampiran 4. Uji Plagiasi

Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Fraktur Neck Femur Sinistra di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Indah¹ Ulfatul Muflihah² Enok Sureskiarti³

Program Studi DIII keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Jl. Ir. H. Juanda No. 15 Samarinda

E-mail : 2011102416080@umkt.ac.id, Um207@umkt.ac.id

Intisari

Fraktur pada tulang paha terjadi ketika kontinuitas tulang paha terganggu, yang bisa disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, atau kondisi medis seperti degenerasi tulang atau osteoporosis. Hasil dari penelitian RISKESDAS di Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2018 menunjukkan bahwa fraktur terjadi pada sekitar 3,5% populasi. Untuk mendapatkan gambaran atau pengalaman praktis dalam memberikan perawatan keperawatan kepada pasien dengan fraktur leher femur kiri di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjeranie Samarinda. Dalam penelitian ini, digunakan metode deskriptif dengan mengambil subjek studi kasus seorang klien yang mengalami fraktur neck femur sinistra di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Klien mengalami beberapa masalah perawatan seperti nyeri intens, keterbatasan gerakan tubuh, kesulitan buang air besar, dan sebagai tindakan baru diberikan kompres dingin. Sejauh ini, masalah dalam mendiagnosis nyeri akut telah berhasil diatasi sebagian. Namun, ada kendala dalam memulihkan mobilitas fisik yang masih harus diselesaikan. Selain itu, konstipasi juga belum berhasil diatasi serta pemberian kompres dingin masih dilakukan. Mempunyai dampak positif untuk mengurangi rasa sakit pada pasien dengan raktur Neck Femur.

Kata Kunci : Fraktur Neck Femur, Kompres Dingin, Asuhan Keperawatan

¹ Mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Dosen Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

³ Dosen Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Case Study of Nursing Care for Mrs. S Who Suffered a Sinistra Femur Neck Fracture in the Cempaka Room at Abdul Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda

Indah⁴ Ulfatul Muflihah⁵ Enok Sureskiarti⁶

DIII Nursing Study Program, Faculty of Nursing

Muhammadiyah University of East Kalimantan

Jl. Ir. H. Juanda No. 15 Samarinda

E-mail : 2011102416080@umkt.ac.id, Um207@umkt.ac.id

Abstract

Fractures of the femur occur when the continuity of the femur is disrupted, which can be caused by direct trauma, muscle fatigue, or medical conditions such as bone degeneration or osteoporosis. The results of the RISKESDAS research in East Kalimantan Province in 2018 showed that fractures occurred in around 3.5% of the population. To get an overview or practical experience in providing nursing care to patients with left femoral neck fractures in the Cempaka ward of Abdul Wahab Sjeranie District Hospital, Samarinda. In this research, a descriptive method was used by taking as a case study subject a client who suffered a left femoral neck fracture in the Cempaka room of Abdul Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda. The client experienced several treatment problems such as intense pain, limited body movement, difficulty defecating, and as a new measure a cold compress was given. So far, the problem of diagnosing acute pain has been partially overcome. However, there are obstacles in restoring physical mobility that still need to be resolved. Apart from that, constipation has not been resolved and cold compresses are still being applied. Has a positive impact on reducing pain in patients with Neck Femur fractures.

Keywords: Neck Femur Fracture, Cold Compress, Nursing Care

⁴ Student of Diploma III Nursing Study Program, Muhammadiyah University, East Kalimantan

⁵ Lecturer in Nursing Science, Muhammadiyah University, East Kalimantan

⁶ Lecturer in Nursing Science, Muhammadiyah University, East Kalimantan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ketika tulang atau tulang rawan kehilangan bentuk normalnya, baik sepenuhnya atau sebagian, dikatakan telah patah (Helmi, 2012). Cedera energi tinggi, seperti cedera naksir (39,5%) dan kecelakaan lalu lintas (34,1%), menyumbang 30,7 per 100.000 insiden fraktur pada tahun 2016, dengan perkiraan 1,35 juta orang terpengaruh. Kematian akibat kecelakaan lalu lintas menyumbang 26,6% dan 20,7% dari semua kematian terkait lalu lintas di Afrika dan Asia Tenggara, masing-masing (Organisasi Kesehatan Dunia, 2018).

Data RiskESDAS menunjukkan bahwa 2,2% orang Indonesia terluka dalam insiden terkait lalu lintas setiap tahun, dengan 5,5% dari mereka yang mengalami patah tulang. Mayoritas patah tulang paha (62,6% pada pria dan 37,7% pada wanita) adalah hasil dari kecelakaan lalu lintas yang melibatkan mobil, sepeda motor, dan kendaraan rekreasi (37% pada wanita dan 63% pada pria). Lima belas hingga tiga puluh empat tahun memiliki insiden patah tulang paha tertinggi di antara orang dewasa, sementara mereka yang berusia di atas 70 memiliki insiden terendah (14,5%). Sementara itu, pada tahun 2018, kecelakaan lalu lintas sepeda motor adalah penyebab utama fraktur (3,5% dari semua kasus), dengan pria (80,9% dari semua kasus) berusia 25-34 tahun membentuk sebagian besar (81,6%) dari mereka yang terluka. Referensi: Kementerian Kesehatan Indonesia (2018).

Kekuatan, sudut dan gaya, kondisi tulang, dan jaringan lunak di sekitarnya semuanya dapat berperan dalam terjadinya patah tulang. Fraktur dapat diklasifikasikan sebagai terbuka atau tertutup tergantung pada jenis tulang yang terlibat dan bagaimana ia berinteraksi dengan jaringan di sekitarnya. Ketika kulit rusak, fragmen tulang terpapar ke udara luar dan dikatakan memiliki "patah tulang terbuka." Fraktur tertutup, di sisi lain, adalah salah satu di mana fragmen tulang tidak terpapar ke luar. Karena fraktur adalah penyebab utama kecacatan ekstremitas permanen, intervensi keperawatan yang cepat sangat penting untuk mencegah gangguan permanen (Nurarif & Kusuma, 2015).

Dalam buku SDKI (2017), Beberapa masalah yang sering timbul pada klien yang mengalami fraktur adalah nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif pada bagian tubuh yang terkena, gangguan integritas pada kulit atau jaringan, gangguan pada mobilitas fisik, risiko terkena infeksi, serta risiko mengalami syok. Tindakan yang bisa dilakukan sebagai perawat sesuai dengan diagnosa adalah sebagai berikut: untuk nyeri akut, perawat bisa melakukan manajemen nyeri. Untuk perfusi perifer yang tidak efektif, perawat bisa memonitor tanda-tanda vital. Untuk gangguan integritas kulit, perawat bisa memantau kemungkinan adanya kemerahan pada kulit. Untuk gangguan mobilitas fisik, perawat bisa mengajarkan teknik ambulasi kepada pasien dan keluarga. Untuk risiko infeksi, perawat bisa bekerjasama dengan memberikan obat. Untuk risiko syok, perawat bisa memonitor kondisi sirkulasi, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, dan nadi perifer.

Nyeri merupakan salah satu tanda dan gejala yang kerap terjadi pada pasien yang mengalami fraktur. Nyeri adalah tanda yang paling umum terlihat pada gangguan pada sistem muskuloskeletal. dengan ketidaknyamanan atau perasaan tidak enak yang dirasakan oleh seseorang. dengan adanya gangguan pada sistem jaringan yang terjadi dengan tiba-tiba atau secara mendadak atau dengan kecepatan yang rendah (SDKI, 2017). Nyeri pasien fraktur tajam dan menusuk (Helmi, 2012).

Perawatan untuk patah tulang melibatkan pembedahan atau pembedahan. Saat beroperasi pada tulang yang patah, ahli bedah menjalankan risiko komplikasi seperti mati rasa, rasa sakit, kekakuan, pembengkakan otot, edema, dan bahkan anggota tubuh kehilangan warnanya. Manajemen farmakologis dan manajemen non-farmakologis adalah dua kategori utama manajemen nyeri. Dokter dan perawat bekerja bersama di bidang manajemen farmakologis, dengan tujuan memberikan obat penghilang rasa sakit. Pijat, kompres panas/dingin, citra terpandu, gangguan, stimulasi saraf listrik transkutan, terapi musik, dan bentuk terapi lainnya adalah semua contoh manajemen non-farmakologis. Karena mereka membantu pasien rileks dan merasa nyaman, metode ini sangat efektif dalam mengurangi rasa sakit (Helmi, 2012). Para peneliti di sini memilih pendekatan non-farmasi, dalam bentuk kompres dingin, untuk mencapai tujuan mereka. Dalam keperawatan, kompres dingin sering digunakan untuk mengurangi ketidaknyamanan. Mengurangi peradangan, aliran darah, edema, dan nyeri lokal hanyalah beberapa efek fisiologis dari sensasi dingin (Risnah, Risnawati, Maria, Irawan, 2019).

Penelitian ini dilakukan di ruang Cempaka di Rsud Abdul Wahad Sjahrani Samarinda, yang terletak di JL. Palang Merah No. 1, Sidodadi, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. Mayoritas pasien di ruang Cempaka ada di sana karena mereka mengalami patah tulang.

Mengingat konteks ini dan informasi yang dikumpulkan, penulis sedang mempertimbangkan untuk menerima kasus berikut. “Asuhan Keperawatan Pada Ibu S yang mengalami fraktur Neck femur sinistra di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat diambil rumusan masalah “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ibu S yang mengalami fraktur neck femur sinistra di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjeranie samarindah ”.

C. Tujuan Peneliti

1. Tujuan Umum

Agar dapat merasakan bagaimana rasanya menjadi perawat yang merawat pasien di ruang Cempaka RS Abdul Wahab Sjeranie Samarindah yang mengalami patah tulang leher femur kiri.

2. Tujuan khusus

- a. Kompeten dalam mengevaluasi pasien dengan fraktur leher femoralis, menafsirkan hasil, dan membuat diagnosis.
- b. Mendiagnosis fraktur pada pasien dan menjelaskan mengapa mereka terjadi.

- c. Mampu merumuskan intervensi keperawatan (rencana perawatan) untuk pasien dengan fraktur leher femoralis.
- d. Perawatan perawatan untuk pasien dengan fraktur leher femoralis yang dapat diterapkan.
- e. Kompeten dalam melakukan penilaian keperawatan pasien yang menderita patah tulang pada leher femoralis.
- f. Mampu menerapkan pemikiran keperawatan berbasis bukti untuk menganalisis 1 aksi keperawatan, khususnya penggunaan teknik non-farmakologis (kompres dingin) untuk mengurangi rasa sakit pada pasien dengan fraktur.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil teoritis dari temuan peneliti ini dimaksudkan untuk meningkatkan wawasan, meningkatkan dan mengembangkan kualitas pengajaran atau perawatan, terutama di bidang perawatan keperawatan untuk pasien patah, dan berfungsi sebagai garis dasar untuk studi di masa depan.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Penelitian

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk memberi peserta kesempatan untuk menempatkan pengetahuan mereka tentang perawatan fraktur untuk digunakan dalam lingkungan yang realistis, dengan harapan

bahwa ini akan meningkatkan keterampilan keperawatan mereka secara keseluruhan.

b. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Peneliti di masa depan dapat mengambil manfaat dari temuan studi kasus ini dengan mendapatkan wawasan tentang cara mengelola perawatan keperawatan dengan lebih baik untuk pasien dengan patah tulang paha.

c. Manfaat Bagi Pasien Dan Keluarga

Pasien dapat memperoleh manfaat dari penelitian ini dengan belajar strategi untuk menghadapi tantangan yang mereka hadapi ketika menyembuhkan dari penyakit patah tulang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit

1. Definisi

Fraktur adalah sebuah kondisi dimana terjadi kehilangan kontinuitas pada tulang atau tulang rawan, baik secara keseluruhan maupun sebagian (Helmi, 2012). Kerusakan pada tulang dapat terjadi ketika terjadi pemutusan kontinuitasnya, yang mana tingkat dan area yang terpengaruh akan mempengaruhi jenis fraktur. Patah tulang bisa terjadi akibat dampak langsung, tekanan eksternal yang kuat, pergerakan tiba-tiba berputar, atau bahkan ketegangan berlebihan pada otot. Walaupun terjadi patah tulang, akan berdampak pada jaringan di sekitarnya dengan mengakibatkan pembengkakan pada jaringan lunak, perdarahan di otot dan sendi, pergeseran posisi sendi, robeknya tendon, kerusakan pada saraf, dan kerusakan pada pembuluh darah. organnya bisa menderita cedera akibat kekuatan dari luar seperti patah tulang atau pecahan tulang (Brunner & Suddarth, 2015).

Fraktur tulang paha adalah istirahat di tulang paha yang disebabkan oleh kekuatan yang bekerja pada tulang, kelemahan pada otot-otot di sekitarnya, atau proses degeneratif seperti osteoporosis atau penuaan. Istirahat dalam kontinuitas tulang paha dapat terjadi dengan atau tanpa jaringan lunak lainnya seperti otot, kulit, dan pembuluh darah yang dirugikan (Suriya & Zuriyanti, 2019).

2. Etiologi

Etiologi dari fraktur menurut Price dan Wilson (2012) ada 3 yaitu:

a. Cidera atau dampak fisik

- 1) Patahan tulang yang terjadi secara tiba-tiba disebabkan oleh dampak langsung yang mengenai tulang. Biasanya, ketika seseorang mengalami pemukulan, biasanya akan terjadi patah tulang yang melintang dan juga terjadinya kerusakan pada lapisan kulit yang berada di atasnya.
- 2) Fraktur klavikula yang mengalami penurunan pada lengan yang terentang adalah contoh cedera tidak langsung yang tidak terjadi pada titik dampak.
- 3) Kerusakan terjadi ketika otot-otot yang kuat berkontraksi secara tiba-tiba dan paksa.

b. Fraktur patologik

Tulang yang sudah dikompromikan oleh kondisi seperti kanker atau osteoporosis sangat rentan terhadap cedera patologis.

c. Fraktur beban

Orang-orang yang tiba-tiba menjadi lebih aktif, seperti mereka yang bergabung dengan militer atau memulai program pelatihan lari baru, lebih cenderung mempertahankan fraktur berat atau fraktur kelelahan.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Brunner and Suddarth (2015), fraktur dapat dikenali melalui gejala-gejala spesifik seperti nyeri, gangguan fungsi, perubahan bentuk

tubuh, perubahan panjang ekstremitas, bunyi kreskres saat terjadi gerakan, pembengkakan pada daerah yang terluka, dan perubahan warna pada kulit di sekitar fraktur. Dibawah ini adalah tanda-tanda patah tulang, yaitu.

- a. Rasa sakit yang berlangsung secara terus-menerus dan semakin intens hingga terjadi pemindahan fragmen tulang. Kejang otot yang terjadi bersama dengan patah tulang berfungsi sebagai alat penyangga alami yang dirancang untuk mengurangi gerakan antara fragmen tulang.
- b. Setelah tulang patah, bagian tersebut tidak bisa digunakan dan cenderung bergerak dengan cara yang tidak normal. Gerakan pecahan pada patah tulang lengan dan kaki mengakibatkan kelainan bentuk ekstremitas (terlihat atau teraba) Ini dapat ditentukan dengan membandingkannya dengan anggota tubuh normal. Tungkai yang mengalami gangguan dalam kinerjanya disebabkan oleh ketergantungan fungsi otot yang sehat pada kelengkapan struktur tulang yang melekat pada tungkai tersebut.
- c. Kontraksi otot di atas dan di bawah situs fraktur adalah penyebab sebenarnya dari penyusutan tulang yang terlihat pada patah tulang panjang. Tumpang tindih yang disarankan antara fragmen adalah antara 2,5 dan 5cm (1 dan 2 inci).
- d. Crepitus adalah sensasi tulang yang digosok bersama dan dapat dirasakan ketika melakukan pemeriksaan anggota badan. Rasa sakit ini berasal dari gosok satu tulang terhadap yang lain. Pengujian krepitus berisiko karena dapat menyebabkan kerusakan yang lebih parah pada jaringan lunak.

- e. Kerusakan jaringan tubuh menyebabkan akumulasi cairan dan perubahan warna kulit yang terlokalisasi. Trauma adalah akar masalahnya. Kehilangan darah terkait dengan fraktur. Memar, pembengkakan, dan perubahan warna sering tidak muncul sampai jam atau hari setelah cedera terjadi.

4. Patofisiologi

Fraktur dapat terjadi akibat trauma langsung, trauma tidak langsung, atau kondisi patologis, seperti yang dijelaskan oleh Nurarif & Kusuma (2015). Tulang patah dan kadang-kadang terpisah sebagai akibat dari patah tulang. Biasanya, pergeseran fragmen tulang dapat mengakibatkan rasa sakit. Patah tulang dapat menyebabkan perubahan pada jaringan di sekitarnya yang mengakibatkan fragmen tulang bergeser. Dampak dari kondisi tersebut adalah terjadinya kelainan bentuk dan deformitas pada tulang. Bila terjadi deformasi pada tulang, akan terjadi masalah dalam fungsi tulang tersebut yang berujung pada gangguan mobilitas fisik. Otot juga akan mengalami kelemahan dan kesulitan dalam menggerakkan bagian tubuh.

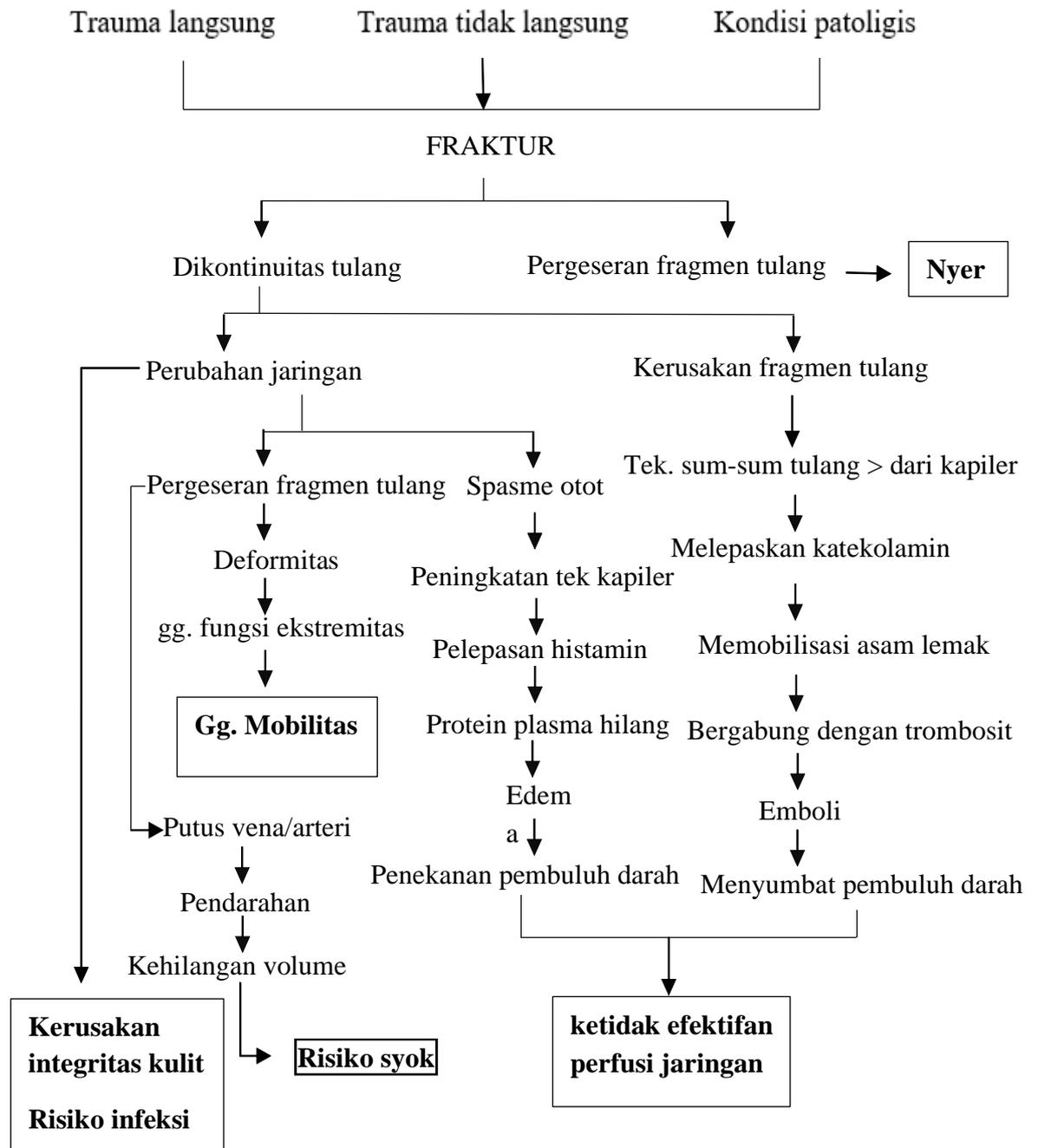
Cedera pada tulang juga dapat mengakibatkan luka robek pada kulit yang menyebabkan kerusakan integritas kulit. Tanda-tanda umum dari kerusakan ini adalah kulit memerah, berdarah, dan terdapat kerusakan pada lapisan kulit yang terkena. Jika seseorang mengalami kerusakan pada kulit, gejala yang umum terjadi adalah kemerahan dan perdarahan. Hal ini dapat menyebabkan kehilangan cairan dalam tubuh dan mengakibatkan masalah

syok hipovolemik. Biasanya, orang yang mengalami syok hipovolemik akan merasa lemah, dehidrasi, detak jantung meningkat, detak jantung teraba lemah, tekanan darah menurun, kulit kurang elastis, mulut dan mata kering, produksi urin berkurang, dan suhu tubuh naik.

Di samping itu, spasme otot muncul sebagai akibat dari diskontinuitas tulang, terjadi peningkatan tekanan pada pembuluh kapiler, ini akan menyebabkan pelepasan yang terstimulasi. Histamin adalah zat yang menyebabkan protein plasma menghilang. Kondisi tersebut menyebabkan pembengkakan. Kondisi edema dapat menyebabkan tekanan pada pembuluh darah Perfusi jaringan mengalami penurunan.

Tekanan pada sum-sum tulang timbul akibat kerusakan pada fragmen tulang. dengan memiliki ukuran yang lebih besar dari pembuluh kapiler, hal ini menginduksi reaksi stres pada pasien. Saat individu mengalami stres, tubuh akan mengeluarkan zat kimiawi yang disebut katekolamin. Katekolami akan menggerakkan asam lemak untuk bergabung dengan trombosit. Ini dapat menyebabkan mobilisasi darah yang buruk dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Akibatnya, terjadi gangguan dalam aliran darah yang mengakibatkan penurunan pasokan oksigen ke jaringan di tingkat kapiler. Hal ini mengakibatkan masalah dalam pengiriman nutrisi yang diperlukan oleh jaringan.

5. Pathway



Pathway Fraktur, Wijaya & Putri (2015)

Gambar 2. 1 Pathway

6. Klasifikasi

Menurut (Suriya & Zuriyati, 2019)

a. Fraktur tertutup

Patah tulang tertutup adalah kondisi di mana tulang patah tanpa menyebabkan luka pada kulit, sehingga tidak ada interaksi dengan lingkungan eksternal. Fraktur tertutup dapat secara internal menunjukkan sejauh mana fraktur tersebut mengalami keparahan :

- 1) Pada tingkat 0, tulang yang mengalami fraktur masih utuh tanpa cacat pada jaringan lunak di sekitarnya..
- 2) Tingkat pertama menyiratkan bahwa fraktur terjadi dengan luka kecil pada kulit dan jaringan di bawahnya, seperti goresan dangkal dan memar.
- 3) Tingkat kedua adalah jenis fraktur tertutup yang lebih serius dengan kerusakan jaringan lunak yang dalam dan pembengkakan.
- 4) Pada tingkat ketiga Fraktur parah yang menyebabkan kerusakan pada jaringan lunak dan dapat menyebabkan sindrom compartment.

b. Fraktur terbuka

Fraktur terbuka adalah istirahat pada tulang yang memanjang melalui kulit, menciptakan titik masuk potensial untuk bakteri dan patogen lainnya.

7. Faktor Resiko

Fraktur tulang paling sering disebabkan oleh efek usia dan jenis kelamin. Fraktur tulang lebih sering terjadi pada wanita daripada pria.

Tulang-tulang wanita (berusia 25-30) lebih kecil dan kurang padat daripada tulang pria (berusia 20-30). Selain itu, penurunan kadar estrogen yang terjadi selama menopause menyebabkan wanita kehilangan lebih banyak kepadatan tulang daripada pria dari waktu ke waktu. Kebanyakan patah tulang pada pria terjadi setelah mereka berusia 50 tahun. Kemungkinan patah tulang dipengaruhi oleh lebih dari sekadar yang tercantum di bawah ini.

- a. Karena efeknya pada kadar hormon, merokok adalah faktor risiko untuk patah tulang. Wanita sebelumnya yang merokok umumnya memiliki harapan hidup yang lebih pendek daripada pria.
- b. Minum berlebihan dapat memiliki efek negatif pada massa tulang dan kepadatan. Peningkatan risiko keropos tulang dan patah tulang dikaitkan dengan penggunaan alkohol berat dalam jangka waktu yang lama.
- c. Penyakit radang kronis seperti artritis reumatoid, penyakit radang usus, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) sering kali diobati dengan steroid (kortikosteroid). Jika Anda mengonsumsi terlalu banyak kalsium, tulang Anda mungkin menjadi rapuh dan patah. Efek buruk steroid pada pembentukan tulang, penyerapan kalsium usus, dan kehilangan kalsium urin bergantung pada dosis.
- d. Dengan menyerang sel dan jaringan yang sehat di dalam dan di sekitar sendi, rheumatoid arthritis adalah penyakit autoimun. Nyeri, pembengkakan, dan kekakuan adalah hasil dari peradangan kronis ini

pada sendi. Jaringan sendi dan struktur tulang rentan terhadap kerusakan jangka panjang peradangan ini.

- e. Selain osteoporosis, penyakit kronis lainnya seperti *Celiac*, *Chorn's*, dan kolitis ulserativa telah dikaitkan dengan kehilangan tulang. Karena fungsi pencernaan yang melemah yang disebabkan oleh gangguan ini, pasien mengalami kesulitan menyerap kalsium, yang sangat penting untuk pertumbuhan dan pemeliharaan tulang yang sehat.
- f. Penderita diabetes tipe 1 dengan kepadatan tulang rendah merupakan paradigma pertama. Diabetes tipe I lebih sering terjadi pada orang muda, ketika mereka masih dalam masa pertumbuhan dan tulang mereka masih berkembang secara normal. Efek diabetes pada penglihatan dan saraf dapat menyebabkan patah tulang pada pasien diabetes. Meskipun kepadatan tulang biasanya lebih tinggi pada diabetes tipe II, perubahan metabolisme yang disebabkan oleh gula darah tinggi dapat berdampak pada kualitas tulang, seperti penglihatan buruk, kerusakan saraf, dan ketidakaktifan tipe I.

8. Komplikasi

Komplikasi Menurut Suriya & Zuriyati (2019), komplikasi dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. komplikasi awal

Syok, yang dapat terjadi dalam beberapa jam setelah insiden dan emboli lemak, yang dapat terjadi dalam waktu 48 jam dan menyebabkan hilangnya fungsi tungkai secara permanen jika tidak diobati, dan sindrom

kompartemen, yang dapat terjadi dalam 72 jam dan juga berakibat fatal
Jika tidak diobati.

b. **Komplikasi lambat**

Tulang mungkin memakan waktu lebih lama dari yang diharapkan untuk sembuh setelah patah tulang, atau mereka mungkin tidak sembuh sama sekali. Ini terjadi jika fraktur tidak sembuh dalam jumlah waktu yang khas untuk jenisnya. Kehadiran proses infeksi sistemik dan penarik yang jauh dari fragmen tulang keduanya dikaitkan dengan penyatuan tulang yang tertunda atau berkepanjangan. Sementara itu, kegagalan untuk menyatukan hasil dari tulang yang patah yang tidak disembuhkan bersama di ujungnya.

9. Penatalaksanaan

Manajemen Fraktur didasarkan pada prinsip berikut (Nurarif & Kusuma, 2015):

a. **Reduksi**

Menyelaraskan dan memutar fragmen tulang kembali ke posisi anatomi normal mereka adalah apa yang dimaksud dengan reduksi fraktur. Manipulasi dan traksi manual digunakan dalam pengurangan tertutup untuk meluruskan kembali fragmen tulang (ujungnya tetap terhubung). Alat seperti belat, traksi, dan alat bantu ortopedi lainnya biasanya digunakan. Metode bedah redaksi terbuka. Bahan yang digunakan untuk fiksasi internal, seperti pin, kabel, sekrup, pelat, dan kuku.

b. Imobilisasi

Mempertahankan kemampuan untuk mengembalikan fungsi normal sangat penting untuk kesehatan tubuh secara keseluruhan. Semua aspek kesehatan neurovaskular pasien terus dievaluasi. Tulang yang telah patah biasanya perlu diimobilisasi selama sekitar tiga bulan sehingga mereka dapat menyembuhkan dan menggabungkan bersama.

c. Cara Pembedahan

Reduksi terbuka dan fiksasi internal (ORIF) mengacu pada prosedur bedah di mana sekrup, pelat, atau pena digunakan untuk menstabilkan fraktur.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Langkah pertama dalam menyediakan perawatan keperawatan adalah melakukan penilaian. Secara khusus, kita membutuhkan penelitian tentang:

a. Identitas pasien

Detail pribadi seperti nama, usia, jenis kelamin, etnis, agama, tempat kerja, tingkat pendidikan, diagnosis medis, tanggal masuk, tanggal penilaian, nomor registrasi, dan alamat dicatat.

b. Riwayat penyakit

1) Keluhan utama

Nyeri adalah gejala utama dari masalah fraktur. Nyeri akut atau kronis tergantung pada berapa lama serangan itu berlangsung.

Informasi komprehensif tentang penilaian penggunaan data pasien diperoleh oleh unit.

- a) Mempertanyakan apakah terjadi insiden yang menyakitkan atau tidak.
- b) Seberapa parah rasa sakit itu adalah ukuran kualitas nyeri. Apakah itu rasa sakit yang membara dan menusuk?
- c) Wilayah dalam hal radiasi nyeri, kami ingin tahu apakah rasa sakitnya hilang dengan cepat, jika bergerak di sekitar, dan di mana itu.
- d) Seberapa parah rasa sakitnya, sebagaimana diukur dengan peringkat subyektif pasien sendiri.
- e) Waktu: Berapa lama rasa sakitnya bertahan, apakah itu menjadi lebih buruk di malam hari atau di pagi hari.

2) Riwayat penyakit sekarang

Nyeri, pembengkakan, hilangnya warna pada kulit, dan sensasi kesemutan bisa menjadi tanda-tanda fraktur degeneratif atau patologis pada pasien yang menderita mereka dalam kecelakaan atau pertemuan kekerasan.

3) Riwayat penyakit dahulu

Apakah ada riwayat penyakit bawaan atau patah tulang paha? menderita penyakit genetik atau menular seperti osteoporosis atau radang sendi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada riwayat tuberkulosis, osteoporosis, atau penyakit menular lainnya dalam keluarga pasien.

c. Pola nutrisi

Untuk membantu proses penyembuhan, mereka yang menderita patah tulang harus menggunakan lebih banyak kalsium, zat besi, protein, dan vitamin C daripada yang diperlukan setiap hari.

d. Pola eliminasi

Tidak seperti pada pasien dengan infeksi saluran kemih, pasien dengan fraktur jarang mengalami perubahan dalam buang air kecil atau pola buang air besar sepanjang hari.

e. Pola istirahat

Karena ketidaknyamanan dan ketidakmampuan mereka untuk bergerak bebas, klien sering merasa sulit untuk mendapatkan sisanya yang mereka butuhkan.

f. Pola aktifitas

Tingkat aktivitas klien rendah karena masalah rasa sakit dan mobilitasnya, dan ia sering membutuhkan bantuan dari orang lain.

g. Personal Hygien

Kebersihan pribadi adalah praktik menjaga kebersihan diri dengan mandi, mencuci, dan perawatan secara teratur.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- a) Persepsi klien tentang keadaan apatisnya sendiri, kelesuan, koma, kegelisahan, atau komposivitas.
- b) Klien memiliki penyakit baru-baru ini, terbaru, baru -baru ini, atau baru-baru ini.
- c) Karena gangguan fungsional dan struktural yang mendasarinya, tanda -tanda vital tidak normal.

2) Pemeriksaan fisik Head To Toe

a) Kepala

Inspeksi: simetris atau tidak, ada ketombe atau tidak, kulit kepala bersih atau tidak, ada lesi atau tidak, pertumbuhan rambut merata atau tidak, tambut berminya atau tidak.

Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak

b) Mata

Inspeksi : Penyelidikan ke dalam simetri mata, apapun bengkak kelopak mata atau kornea, ada atau tidak adanya refleks cahaya pada pupil, dan kualitas penglihatan pasien.

c) Telinga

Inspeksi : Bentuk daun telinga bersifat simetris atau tidak, pendengarannya baik atau tidak, ada cairan atau tidak.

d) Hidung

Inspeksi : Memeriksa hidung dapat memberi tahu jika mengalami peradangan, jika hidungnya simetris, dan jika indera penciuman sehat.

e) Mulut

Inspeksi : bibir merah, pucat atau sianotik, bibir kering atau lembab, gigi bersih atau kotor, fungsi rasa yang baik atau tidak, stomatitis ada atau tidak.

f) Leher

Inspeksi : ada benjolan atau tidak

Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak, reflek menelan ada tau tidak

g) Thoraks

Memeriksa toraks untuk melihat apakah dinding dada berkembang secara simetris,

Suara paru-paru kanan dan kiri yang nyaring atau hiperson saat bermain perkusi

Pemeriksaan dinding dada untuk tanda -tanda kelembutan dan asimetri dalam getaran

Memeriksa rhonchi, mengi, dan keteraturan suara hati I dan II melalui auskultasi

h) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris atau tidak, ada pembengkakan atau tidak, ada lesi atau tidak

Palpasi : ada nyeri tekan atau tidak

Perkusi : ada suara tambahan atau tidak

Auskultasi : bising usus normal atau tidak

i) Inguinal

Apakah ada hernia atau tidak, kelenjar getah bening diperbesar, atau buang air besar sulit.

3) Keadaan local

Perhatikan jika ada keluhan rasa sakit saat anggota badan dipindahkan. Paradigma menggeser perekaman dan mengevaluasi gerakan sebelum, selama dan setelah pergeseran paradigma. Dalam sistem metrik, rentang gerak sambungan diukur dalam derajat, dengan titik referensi nol mewakili posisi awal. Pemeriksaan yang dipilih adalah gerakan aktif dan pasif.

2. Diagnosa Keperawatan

Mengevaluasi secara klinis bagaimana seorang pasien mengatasi masalah kesehatan yang ada atau yang muncul atau proses kehidupan adalah apa yang oleh perawat disebut diagnosis keperawatan. Diagnosis dalam keperawatan digunakan untuk menentukan bagaimana seseorang, orang yang mereka cintai, dan komunitas mereka bereaksi terhadap krisis kesehatan. Seperti yang dinyatakan oleh Tim Kerja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosis keperawatan didasarkan pada data pasien yang dikumpulkan.

Pasien dengan fraktur mungkin memiliki salah satu dari diagnosis keperawatan berikut:

- a. Cedera yang menyebabkan nyeri mendadak dan parah
- b. Kehilangan massa tulang dan kekuatan berkontribusi pada masalah mobilitas.

- c. Istirahat di penghalang pelindung kulit meningkatkan kemungkinan infeksi.
- d. Kerusakan kulit/jaringan yang disebabkan oleh penyebab mekanis
- e. Kurangnya suplai darah yang memadai ke pinggiran tubuh karena kekurangan darah di vena dan/atau arteri.
- f. Ketika volume cairan hilang, syok hipovolemik dapat terjadi.

3. Perencanaan

Hasil yang diperoleh perawat bervariasi tergantung pada jenis intervensi yang mereka lakukan. Sebaliknya, tindakan keperawatan mengacu pada langkah-langkah yang sebenarnya diambil perawat untuk melakukan intervensi. Intervensi yang dilakukan perawat meliputi observasi, pengobatan, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018).

Tabel 2. 1 Tindakan atau Intervensi dari buku 3S (SDKI, SIKI, SLKI)

NO	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil : (Tingkat nyeri L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan nyeri dari skala 1 menjadi 5 3. Meringis dari skala 1 menjadi 5 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi sumber, sifat, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 1.2. Identifikasi skala nyeri 1.3. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.4. Cari tahu apa yang membuat rasa sakitnya semakin parah, dan lakukan sesuatu untuk mengatasinya. 1.5. Monitor seberapa baik perawatan tambahan bekerja. 1.6. efek samping analgesik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7. Ambil langkah-langkah untuk mengubah kondisi yang menyakitkan

		<p>4. Gelisah dari skala 1 menjadi 5</p> <p>5. Kesulitan tidur dari skala 1 menjadi 5</p> <p>6. Menarik diri dari skala 1 menjadi 5</p> <p>7. Ketegangan otot dari skala 1 menjadi 5</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Meneurun</p> <p>8. Frekuensi nadi dari skala 1 menjadi 5</p> <p>9. Pola napas dari skala 1 menjadi 5</p> <p>10. Tekanan darah dari skala 1 menjadi 5</p> <p>11. Prosos berpikir dari skala 1 menjadi 5</p> <p>12. Fokus dari skala 1 menjadi 5</p> <p>13. Nafsu makan dari skala 1 menjadi 5</p> <p>14. Pola tidur dari skala 1 menjadi 5</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Memburuk</p> <p>2 : Cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : cukup membaik</p> <p>5 : Membaik</p>	<p>1.8. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.9. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.10. Saat memutuskan cara mengobati nyeri, pertimbangkan sifat dan asal mula ketidaknyamanan.</p> <p>1.11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>1.12. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.13. Anjurkan monitor nyeri secara sendiri</p> <p>1.14. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.15. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurani rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.16. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas sturktur tulang	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mbilitas fisik meningkat Kriteria hasil :</p> <p>(Mobilitas fisik L.05042)</p> <p>1. Pergerakan eksremitas dari skala 1 menjadi 5</p> <p>2. Kekuatan otot dari skala 1 menajdi 5</p> <p>3. Rentang gerak dari skala 1 menajadi 5</p> <p>Keterangan</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkatkan</p> <p>5 : meningkat</p>	<p>Dukungan mobilitas (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Monitor kondisi selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p>

		<p>4. Nyeri dari skala 1 menjadi 5</p> <p>5. Kecemasan dari skala 1 menjadi 5</p> <p>6. Kaku sendi dari skala 1 menjadi 5</p> <p>7. Kelemahan fisik dari skala 1 menjadi 5</p> <p>Keteranagn</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilitas</p> <p>2.9 Anjirkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3	Resiko infeksi b.d kerusakan intergitas kulit	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun Kriteria hasil :</p> <p>(Tingkat infeksi L.14137)</p> <p>1. Kebersihan tangan dari skala 1 menjadi 5</p> <p>2. Nafsu makan dari skala 1 menjadi 5</p> <p>Keterangan</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : cukup meningkat</p> <p>5 : Meningkatkan</p> <p>3. Demam dari skal 1 menjadi 5</p> <p>4. Nyeri dari skala 1 menjadi 5</p> <p>5. Bengkak dari skala 1 menajadi 5</p> <p>Keterangan</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup menutun</p> <p>5 : Menurun</p> <p>6. Kadar sel darah putih dari skala 1 menjadi 5</p> <p>7. Kultur darah dari 1 menjadi 5</p> <p>8. Kultur area luka dari skala 1 menajadi 5</p> <p>Keterangan</p> <p>1 : Memburuk</p> <p>2 : Cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3.4 Pertahan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 Jelaskan tanda gejala infeksi</p> <p>3.6 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>3.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.9 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

		4 : Cukup membaik 5 : Membaik	
4	Gangguan integritas kulit / jaringan b.d faktor mekanis	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit/ jaringan meningkat</p> <p>Kriteria hasil : (Integritas kulit/jaringan L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas dari skala 1 menjadi 5 2. Hidrasi dari skala 1 menjadi 5 3. Perfusi jaringan dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kerusakan jaringan dari skala 1 menjadi 5 5. Kerusakan lapisan kulit dari skala 1 menjadi 5 6. Nyeri dari skala 1 menjadi 5 7. Pendarahan dari skala 1 menjadi 5 8. Jaringan parut dari skala 1 menjadi 5 <p>Meningkat 1 : Cukup meningkat 2 : Sedang 3 : Cukup menurun 4 : Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Suhu kulit dari skala 1 menjadi 5 10. Sensasi dari skala 1 menjadi 5 11. Tekstur dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p>	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Ubah posisi tiao 2 jam jika tirah baring 4.3 Lakukan pemijatan pada penonjolan tulang, jika perlu 4.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4.5 Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 4.6 Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.8 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

5	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan tau vena	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat Kriteria hasil : (Perfusi perifer L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer dari skala 1 menjadi 5 Keterangan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan 2. Warna kulit pucat dari skala 1 menjadi 5 3. Edema perifer dari skala 1 menjadi 5 4. Nyeri ekstremitas dari skala 1 menjadi 5 5. Kelemahan otot dari skala 1 menjadi 5 6. Kram otot dari skala 1 menjadi 5 Keterangan 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun 7. Akral dari skala 1 menjadi 5 8. Turgot kulit dari skala 1 menjadi 5 9. Tekanan darah sistolik dari skala 1 menjadi 5 10. Tekanan darah diastolic dari skala 1 menjadi 5 Keterangan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Periksa sirkulasi (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 5.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 5.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 5.6 Lakukan pencegahan infeksi 5.7 Lakukan hidrasi Edukasi 5.8 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 5.9 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5.10 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 5.11 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) 5.12 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
---	--	---	---

6	Resiko syok b.d kehilangan volume cairan	<p>Tindakan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat syok menurun</p> <p>Kriteria hasil (Tingkat syok L.03032)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kukuatan nadi dari skala 1 menjadi 5 2. Tingkat kesadaran dari skala 1 menjadi 5 3. Saturasi oksigen dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Akral dingin dari skala 1 menjadi 5 5. Pucat dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Tekanan darah sistolik dari skala 1 menjadi 5 7. Tekanan darah diastolik dari skala 1 menjadi 5 8. Tekanan nadi dari skala 1 menjadi 5 9. Frekuensi nadi dari skala 1 menjadi 5 10. Frekuensi nafas dari skala 1 menjadi 5 <p>Keterangan 1 : memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p>	<p>Pencegahan syok (I.02068)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD , MAP) 6.2 Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 6.3 Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 6.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 6.5 Periksa riwayat alergi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.6 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 6.7 Periksa inkubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 6.8 Pasang jalur IV, jika perlu Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu 6.9 Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.10 Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 6.11 Jelaskan tanda dan gejala awal syok 6.12 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 6.13 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6.14 Anjurkan menghindari allergen <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.15 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 6.16 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 6.17 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
---	--	---	--

4. Konsep kompres dingin

a. Pengertian

Salah satu prosedur keperawatan yang biasanya digunakan untuk mengurangi rasa sakit adalah penerapan kompres dingin. Efek fisiologis dingin termasuk pengurangan peradangan, aliran darah, edema, dan nyeri lokal. Dalam hal fisiologi, kompres dingin menyebabkan proses vasokonstriksi karena efek refleks otot polos, yang pada gilirannya merangsang sistem saraf otonom dan dapat menyebabkan pelepasan endorfin 10-15 menit kemudian. Terapi dingin adalah bentuk perawatan tubuh dengan mengurangi atau mengurangi panas tubuh karena penurunan suhu jaringan. Terapi dingin juga dapat mengurangi aliran darah melalui vasokonstriksi, mengurangi metabolisme jaringan, penggunaan oksigen, peradangan, dan kejang otot. Ketika respons inflamasi masih aktif (kondisi akut), terapi dingin dapat membantu mengurangi sensitivitas dan nyeri saraf (Risnah, et al., 2019).

Cryotherapy adalah salah satu jenis perawatan dingin. *Cryotherapy*, atau aplikasi terapi dingin, adalah metode umum manajemen cedera yang melibatkan penggunaan es (paket es) dan air es. Secara fisiologis, ICE mengurangi aktivitas metabolisme jaringan, yang membantu mencegah kerusakan jaringan sekunder dan mengurangi sinyal nyeri yang dikirim ke otak (Aroil, 2012).

b. Manfaat

Kompres dingin digunakan untuk mengurangi rasa sakit. Karena

letaknya yang dekat dengan lokasi luka, reseptor nyeri menjadi lebih sensitif ketika peradangan dihambat oleh suhu dingin (Nafisa, 2013). Menurut Aroyah (2012), kompres dingin membantu dengan menurunkan suhu pada daerah yang nyeri, membatasi aliran darah dan mencegah cairan masuk ke jaringan sekitar luka, menurunkan sensitivitas ujung saraf sehingga meningkatkan ambang nyeri, mengurangi kerusakan jaringan sebesar menurunkan metabolisme, dll. Mengurangi sisa metabolisme dengan mengurangi kebutuhan oksigen di jaringan lokal dan laju metabolisme sel.

5. Literatur pendukung pemberian kompres dingin

Temuan Risnah et al. (2019), yang dicapai dengan teknik non-farmakologis yang melibatkan kompres dingin (paket dingin), menarik. Studi yang diterbitkan dalam jurnal ini menemukan bahwa menerapkan es pada fraktur membantu pasien merasa kurang sakit. Pasien sering melaporkan penghilang rasa sakit yang signifikan setelah menggunakan kompres dingin (paket dingin). Responden diminta untuk menilai tingkat rasa sakit mereka pada skala 1 hingga 10 dengan 10 menjadi yang terburuk. Dua responden melaporkan tidak ada rasa sakit dan sembilan belas melaporkan hanya rasa sakit ringan setelah menerima kompres dingin. Prosedur keperawatan meliputi penerapan kompres dingin, yang biasanya digunakan untuk mengurangi rasa sakit. Secara fisik, rasa dingin dapat mengurangi respons sistem kekebalan tubuh, aliran darah, pembengkakan, dan nyeri di lokasi kontak. Ketika otot polos dalam keadaan rileks, seperti saat memberikan

kompres dingin, tubuh akan mengalami vasokonstriksi setelah sekitar 10 hingga 15 menit. Peningkatan endorfin bertanggung jawab atas efek ini, yang dapat dipicu dengan merangsang sistem saraf otonom.

Hasil yang diperoleh oleh Suriyani & Soesanto (2020), memperoleh data studi kasus yang menunjukkan nilai skala nyeri sebelum dan sesudah memberikan terapi kompres dingin. Subjek studi kasus nyeri 1 menurun dari 6 pada skala nyeri menjadi 5 (nyeri sedang) sehari setelah menerima terapi kompres dingin. Awalnya, tingkat nyeri pasien adalah 5, tetapi setelah menerima terapi kompres dingin, turun menjadi 4 (nyeri sedang), dan sekali lagi, pada hari ke -3, tingkat nyeri pasien adalah 4 sebelum menerima terapi kompres dingin, tetapi setelah menerima terapi, itu turun menjadi 3 (nyeri ringan). Sebaliknya, subjek 2 dari studi kasus melaporkan tingkat nyeri 5 (nyeri sedang) pada hari 1 sebelum menerima terapi kompres dingin, tetapi melaporkan tingkat 4 (nyeri minimal) pada hari 2. Pada hari kedua dan tiga, nyeri adalah rasa sakit Dinilai sebagai empat sebelum menerima terapi kompres dingin, tetapi diturunkan menjadi tiga (ringan) sesudahnya.

Apabila rata-rata skala nyeri kedua subjek studi kasus mengalami penurunan setelah mendapat terapi kompres dingin, maka dapat disimpulkan bahwa permasalahan keperawatan yang dialami kedua subjek studi kasus teratasi sebagian. Penurunan nyeri sebanyak tiga poin dilaporkan oleh peserta dalam Studi Kasus 1, sedangkan penurunan nyeri sebesar dua poin dilaporkan oleh peserta dalam Studi Kasus 2.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden pada judul artikel ini menyatakan bahwa nyeri yang dirasakan setelah dilakukan

kompres dingin tidak terlalu parah jika dibandingkan dengan nyeri yang dialami sebelum dilakukan kompres dingin. Penggunaan kompres dingin merupakan cara efektif untuk meredakan nyeri. Bila suatu cairan atau alat yang dapat menimbulkan sensasi dingin digunakan untuk mengoleskan dingin pada area tubuh tertentu, hasilnya disebut kompres dingin. Jika dioleskan pada area yang nyeri, kompres dingin dapat meredakan nyeri sementara.

Menurut tahapan rencana implementasi, hasil yang diperoleh oleh Nurhasanah, Inarati, Nuri, Fitri (2022) menggambarkan karakteristik pasien dan data yang ditentukan selama penilaian. Kedua subjek, berusia 76 dan 48, dan kriteria mereka yang telah ditentukan (fraktur tertutup, masalah nyeri keperawatan akut) terpenuhi. Hasil penilaian menunjukkan bahwa skala nyeri pasien I adalah 5 (kategori nyeri sedang) sebelum kompres dingin diterapkan, tetapi setelah 2 aplikasi berturut-turut, skala nyeri telah turun menjadi 3 (kategori nyeri ringan). Skala nyeri pada pasien II berada pada 6 (kategori nyeri sedang) sebelum kompres dingin diaplikasikan; Setelah tiga aplikasi berturut-turut, skala nyeri telah turun menjadi 3 (kategori nyeri ringan).

Olvin, Stefanus, dan Nathalia (2019) menemukan bahwa 9 pasien dengan nyeri sedang dan 13 pasien dengan nyeri parah melaporkan tingkat nyeri mereka sebelum menerima kompres dingin untuk fraktur ekstremitas tertutup. Enam orang melaporkan hanya merasakan sakit ringan setelah menerima kompres dingin, sementara 14 dilaporkan mengalami rasa sakit sedang. Mengurangi persepsi rasa sakit hanyalah salah satu efek fisiologis dari

menerapkan kompres dingin; Mereka juga mengurangi peradangan jaringan, aliran darah, dan edema. Dengan menerapkan dingin, kompres dingin lokal dapat memiliki berbagai efek terapi.

6. Implementasi Keperawatan

Tujuan penerapan keperawatan adalah untuk membantu pasien meningkatkan kesehatannya dari kondisi gangguannya saat ini dengan melakukan tindakan intervensi atau rencana keperawatan (Potter & Perry, 2015).

7. Evaluasi

Menurut Nursalam (2014), evaluasi mencakup pembuatan perbandingan status kesehatan klien secara sengaja dan metodis. Mengamati kemajuan pasien dari waktu ke waktu adalah salah satu cara untuk mengevaluasi kemandirian asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhannya.

Perawat sering menggunakan elemen SOAP untuk menyederhanakan penilaian dan melacak kemajuan pasien. Ini adalah sabun yang dijelaskan dengan kata-katanya sendiri.

a. S : data Subjektif

Setelah intervensi keperawatan dilakukan, perawat mencatat keluhan pasien yang berkelanjutan.

b. O : Data Objektif

Hasil pengukuran perawat dan observasi langsung terhadap pasien, serta pengalaman subjektif pasien setelah intervensi keperawatan, merupakan contoh data objektif.

c. A : Analisis

Analisis informasi kualitatif dan kuantitatif. Masalah status ke ke perubahan klien adalah Apa masalahnya, Apa analisisnya, Apa hasilnya, Apa hasilnya, Apa itu data objektif.

d. P : Planning

Tindakan yang telah mencapai hasil yang diinginkan dan tidak lagi memerlukan intervensi biasanya dihentikan, sedangkan tindakan yang perlu dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan ke rencana tindakan keperawatan yang sudah ada biasanya dilanjutkan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Dalam makalah ini, kami menggunakan strategi penelitian yang dikenal sebagai studi kasus, yang memerlukan analisis suatu kejadian tertentu secara mendalam. Pasien di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang mengalami patah tulang leher femur kiri menjadi fokus penelitian studi kasus ini.

B. Subyek Studi Kasus

Pasca mengalami patah tulang leher femur, salah satu pasien di ruang Cempaka RS Abdul Wahab Sjahranie Samarinda menjadi subjek penelitian.

Berikut aturan siapa saja yang boleh dan tidak boleh ikut serta:

1. Kriteria Inklusi

- a. Klien dengan tingkat keparahan fraktur leher femoralis apa pun dipertimbangkan untuk dimasukkan.
- b. Siap menjawab pertanyaan.
- c. Klien dan Staf dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien yang keluar pengobatan sebelum menyelesaikan 3 hari.

C. Fokus Studi

Di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, Ny. S dirawat karena patah leher tulang paha kiri.

D. Definisi Operasional

Istilah-istilah berikut ini penting dalam analisis studi kasus:

1. Klien patah tulang paha adalah klien yang telah di diagnosa oleh dokter dengan fraktur neck femur sinistra pada bagian paha atas sebelah kiri.
2. Nyeri akut adalah rasa sakit yang di rasakan oleh pasien yang mengalami fraktur, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk
3. Pemberian kompres dingin adalah suatu dindakan keperawatan yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri. Dengan cara mengomper di bagian paha yang patah.

E. Instrumen Studi Kasus

1. Informasi dikumpulkan melalui wawancara (baik terstruktur maupun tidak terstruktur) meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan (dulu dan sekarang), dan riwayat keluarga.
2. Tuliskan gejala-gejala yang Anda alami saat muncul, dalam urutan kronologis, tetapi tidak secara terus-menerus.

F. Tempat dan Waktu Studi kasus

Penelitian studi kasus ini dilakukan di RS Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, di ruang Cempaka, selama tiga hari (25-27 Desember 2022).

G. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Adminitrasi

Metode pengumpulan informasi tentang pasien dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan penyedia layanan kesehatan lain di kampus.

- a. Penelitian ini disetujui oleh institusi tempat digagasnya, yaitu program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan (FIK) Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
- b. Libatkan orang-orang yang wawancarai dalam proses penelitian dengan mendiskusikan rencana dengan mereka.
- c. Seluruh keluarga mengambil bagian dalam penelitian ini, dan mereka semua setuju untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan mereka.
- d. Peneliti menyepakati tanggal dan waktu pertemuan berikutnya dengan pasien dan keluarganya.

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Klien menerima asuhan keperawatan yang didokumentasikan dengan cermat di setiap tahap, dimulai dengan pengkajian dan berlanjut melalui perencanaan tindakan, implementasi, dan evaluasi.

H. Metode dan Instrumen pengumpulan Data

1. Metode Wawancara

- a. Wawancara
 - 1) Menanyakan identitas
 - 2) Cari tahu apa masalah utamanya
 - 3) Tanyakan tentang riwayat dan silsilah keluarga
- b. Menggunakan sistem observasi konstan
- c. Infeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi meliputi pemeriksaan fisik.
- d. Pelaporan dokumentasi asuhan keperawatan

2. Instrumen Pengumpulan Data

Proses keperawatan memerlukan perlengkapan sebagai berikut:
baskom, air dingin, handuk kecil, matras/alas, dan jam tangan.

I. Keabsahan Data

Untuk membuktikan keandalan temuan penelitian agar dapat menghasilkan informasi yang utuh.

1. Data Primer

Wawancara klien dan observasi langsung menjadi sumber utama yang digunakan untuk analisis ini.

2. Data Sekunder

Data diperoleh secara tidak langsung atau melalui perantara seperti berasal dari keluarga.

3. Data Tersier

Informasi diambil dari bagan medis pasien atau catatan keperawatan.

J. Analisis Data dan pengkajian Data

Melakukan analisis data mencakup melihat data kuantitatif dan kualitatif, menemukan masalah keperawatan, membuat rencana perawatan, tindakan, dan evaluasi, dan menyajikan semuanya dalam format naratif atau deskriptif yang mungkin mencakup kutipan langsung dari pasien.

K. Etika Studi Kasus

Menurut Nursalam (2014), peneliti tetap mengikuti pedoman etika dalam mengumpulkan data.

1. Keadilan (*Justice*)

Keadilan sebagai pedoman berarti melindungi hak-hak hukum setiap individu (pasien). Definisi kedua adalah memperlakukan orang lain secara adil dan sesuai dengan haknya. Sesuai pedoman dan standar praktik keperawatan, perawat melaksanakan tugasnya dengan fokus pada keadilan. Pasien mempunyai hak atas pengobatan, dan perawat tidak boleh membedakan pasien saat merawatnya.

2. Kejujuran (*Veracity*)

Kejujuran adalah prinsip moral yang penting. Ciri-ciri ini penting bagi profesional kesehatan untuk memberi tahu pasien kebenarannya dan memeriksa pemahamannya. Memiliki integritas untuk mengatakan kebenaran adalah landasan kejujuran. Klien membutuhkan informasi yang akurat, lengkap, dan obyektif untuk membantunya memproses materi terkini, menerima diagnosis, dan membuat keputusan yang tepat tentang pengobatan. Implikasinya adalah perawat diharapkan jujur kepada pasien tentang tingkat keparahan kondisi mereka ketika ditanya oleh mereka, dan membujuk mereka untuk melanjutkan pengobatan meskipun ada risiko yang ada.

3. Berbuat baik (*Beneficence*)

Kejujuran adalah prinsip moral yang penting. Ciri-ciri ini penting bagi profesional kesehatan untuk memberi tahu pasien kebenarannya dan memeriksa pemahamannya. Memiliki integritas untuk mengatakan kebenaran adalah landasan kejujuran. Klien membutuhkan informasi yang

akurat, lengkap, dan obyektif untuk membantunya memproses materi terkini, menerima diagnosis, dan membuat keputusan yang tepat tentang pengobatan. Implikasinya adalah perawat diharapkan jujur kepada pasien tentang tingkat keparahan kondisi mereka ketika ditanya oleh mereka, dan membujuk mereka untuk melanjutkan pengobatan meskipun ada risiko yang ada.

4. Kerahasiaan (Confidentiality)

Untuk mematuhi prinsip kerahasiaan, semua informasi klien harus dirahasiakan. Segala sesuatu yang tertulis dalam kertas rekam medis pasien harus dibaca dalam konteks terapi. Tidak seorang pun, tanpa izin tertulis dari klien dan dokumentasi yang menyertainya, dapat mengakses informasi ini. Penerapannya adalah data yang diperoleh dari pasien hanya didokumentasikan untuk keperluan rekam medis keperawatan dan penulisan karya ilmiah tanpa menyebutkan identitas pasien.

5. Akuntabilitas (Accountability)

Akuntabilitas di tempat kerja menetapkan standar yang dapat digunakan untuk menilai tindakan seseorang di area abu-abu atau situasi yang tidak menguntungkan. Jika seorang perawat secara tidak sengaja memberikan obat yang salah kepada pasien yang salah dan pasien tersebut mengalami kejang beberapa menit kemudian, perawat harus dapat menerima tanggung jawab atas tindakannya dan akibat dari tindakan tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Regional Abdul Wahad Sjahrani, sebuah rumah sakit Tipe A yang didirikan pada tahun 1933 dan berlokasi di JL. Palang Merah No.1 di Desa Sidodadi, Distrik Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. Referensi, fasilitas yang beroperasi sepanjang waktu untuk memberikan perawatan darurat. Para peneliti dalam studi kasus ini menghabiskan tiga hari (25-27 Desember 2022) di ruang Cempaka yang melakukan penelitian. Pasien dapat dibawa langsung ke ruang cempaka dari UGD atau poliklinik, karena merupakan ruang rawat inap kelas 2. Pasien di ruang cempaka dapat berupa sebelum atau sesudah operasi, dengan mayoritas adalah pasien patah, tetapi kasus lain tidak dikesampingkan.

2. Pengkajian

Pada hari Minggu, 25 Desember 2022, pukul 11 pagi, evaluasi yang mempekerjakan aloanamnesis dan autoanamnesis dilakukan.

Pemeriksaan fisik dan melihat status klien.

a. Identitas pasien

Nama : Ibu S

Umur : 70 tahun

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT
Status Perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku : Kutai
Alamat : Jl. PGRI 4
Tanggal Masuk RS : 25 /12/2022
Tanggal Pengkajian: 25/12/2022
Dx Medis : CF Neck femur Sinistra
NO. Register : 01-xxxxxx

b. Riwayat penyakit

1) Saat masuk RS (tanggal 25 Desember 2022, jam 10.00)

Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri setelah jatuh terduduk di kamar mandi 1 minggu yang lalu.

2) Saat dikaji (tanggal 25 Desember 2022 , jam 11. 00)

Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri sampai ujung kaki, paha sebelah kiri tidak bisa digerakkan.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan saat mandi pasien tiba-tiba terjatuh terduduk di kamar mandi kejadian 1 minggu yang lalu, pada tanggal 25/12/2022 pasien dibawa anaknya ke RS, masuk ke IGD, didiagnosa oleh dokter CF Neck femur sinistra dan disarankan dirawat inap untuk dijadwalkan operasi, pasien dibawa ke ruang cempaka sekitar jam

10.00 pasien tiba di ruangan. Saat pengkajian jam 11.00, pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri.

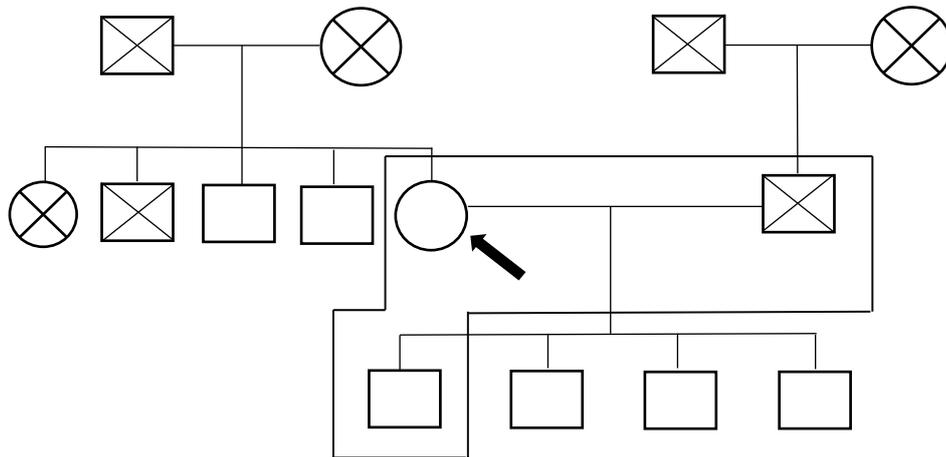
4) Riwayat penyakit dahulu

Pasien melaporkan diagnosis hipertensi sebelumnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Pasien telah melaporkan bahwa ibu mereka juga memiliki riwayat

penyakit ini hipertensi Genogram :



Gambar 4. 1 Genogram

Keterangan :

: □ Laki-laki

— : Tinggal serumah

: ○ Perempuan

: ↗ Pasien

: ✕ Meninggal

c. Pengkajian keperawatan

1) Neurosesori

Gejala :

- Pendengaran pasien kurang
- Pasien mampu melihat dengan baik
- Penciuman pasien baik
- Sensasi saat diraba masih dirasakan dan terdapat nyeri pada paha sebelah kiri

Tanda :

- Ketika berbicara dengan pasien suara harus keras dan mengulangngulang pertanyaan

2) Sirkulasi

Gejala :

- Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi Tanda :
- TD : 123/68 - Akral hangat
- N : 85
- Kes : Compos Mentis
- GCS : E4 V5 M6 : 15

3) Pernafasan

Gejala :

- Pasien mengatakan tidak ada sesak

Tanda :

- RR : 20 x/m

- SPO2 : 98 %

4) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala :

- Pasien mengatakan nyeri pada paha sampai ujung kaki sebelah kiri
- P : Nyeri dirasakan di daerah paha kiri
- Q : Nyeri terasa diremas-remas
- R : Terdapat dibagian paha kiri
- S : Skala nyeri 5
- T : Nyeri dirasakan hilang timbul

Tanda :

- Pasien terlihat meringis
- Pasien terlihat gelisa
- Pasien terlihat tidak nyaman dengan posisinya

5) Makanan/cairan

Gejala :

- Pasien mengatakan pada saat di rumah makannya normal 3x/hari dengan porsi sedang
- Pada saat dirumah sakit pasien mengatakan makannya 3x/hari dengan porsi sedikit, makanan yang dikasih dari rumah sakit tidak di habiskan
- Pasien mengatakan minumnya saat di rumah dan di rumah sakit normal \pm 200 ml dalam sehari

Tanda :

- Bibir pasien kering
- Kulit pasien terlihat kering
- Turgor kulit kembali dalam < 2 detik

6) Eliminasi

Gejala :

- Pasien mengatakan selama sakit belum ada BAB, sudah lebih 1 minggu
- Pasien mengatakan BAK nya lancar dan pasien menggunakan pempe

Tanda :

- BAK berwarna bening kekuningan dengan bau khas BAK

7) Seksualitas

Gejala :

- Pasien mengatakan sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak

Tanda :

- Pasien di temani oleh anaknya

8) Aktivitas/Istirahat

Gejala :

- Pasien mengatakan selama sakit pasien tidak dapat melakukan aktifitas karena kaki pasien sakit

- Pasien mengatakan sebelum sakit tidur jam 21.00 dan sering terbangun malam sekitar jam 2 dan tidak bisa tidur sampai pagi
- Pasien mengatakan saat sakit sulit untuk tidur karena nyeri yang di rasakan di bagian paha samapi ujung kaki, sering terbangun dan susah mencari posisi yang enak untuk tidur

Tanda :

- Pasien terlihat lemas
- Mata pasien terlihat sayup-sayup
- Pasien hanya berbaring ditempat tidur

9) Hygiene

Gejala :

- Pasien mengatakan saat dirumah dan sebelum sakit pasien mandi 2x sehari
- Saat sakit dan dirumah sakit pasien hanya di seka oleh anaknya

Tanda :

- Pasien terlihat rapi dan tidak berbau

10) Integritas Ego

Gejala :

- Pasien mengatakan merasa bersyukur terhadap semua anggota tubuh yang dimiliki

Tanda :

- Pasien terlihat tenang

11) Interaksi Sosial

Gejala :

- Pasien mengatakan saat dirumah hubungan dengan keluarga dan lingkungan sangat baik
- Pasien mengatakan selama dirumah sakit interaksi dengan keluarga dan lingkungan sekitar tidak mengalami masalah, interaksi pasien dengan dirumah baik.

Tanda :

- Pasien terlihat dirawat oleh anaknya atau cucunya

12) Penyuluhan/pembelajaran

Gejala :

- Mengajarkan teknik non farmakologi pada pasien dan keluarga bagaimana cara pemberian kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri

Tanda :

- Pasien bersedia mengikuti
- Keluarga paham apa yang diajarkan

13) Patient Safety

Tabel 4. 1Skala morse

Faktor Resiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		5
	Tidak	0	0

Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, Tongkat, Walker		15
	Bedrest / dibantu perawatan	0	0
Menggunakan IV dan Kateter	Ya		20
	Tidak	0	0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang)/ diseret		20
	Lemah		10
	Normal / bedrest/ immobile	0	0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuan / post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0
Total		25	

Kesimpulan skala morse

Nilai	Resiko
0-25	Rendah
25-44	Sedang
>45	Tinggi

d. Pengkajian fisik

- 1) Bentuk kepala : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan
- 2) kulit kepala : Bersih, tidak ada lesi
- 3) Rambut : Bersih, warna putih
- 4) Mulut : Bibir kering, lidah bersih, gigi bersih
- 5) Mata : Posisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis,

sklera putih jernih, kelopak mata tidak ada pembengkakan dan penglihatan normal

- 6) Telinga : Simetris, tidak ada lesi, pendengaran kurang
7) Leher : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran vena jugularis

8) Thorak

Inspeksi : Pengembangan dinding dada simetris

Perkusi : Bunyi paru kanan/ kiri sonor

Palpasi : Tidak ada nyeri tekanan, getaran dinding dada simetris

Auskultasi : Suara nafas vasikuler

9) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi

Perkusi : Tidak terdengar suara tambahan 53

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Bising usus 4x/m

10) Inguinal

Tidak ada pembengkakan

1) Ekstremitas (termasuk keadaan kulit, kekuatan otot)

Atas : keadaan kulit hangat, terpasang infus pada tangan kanan, bentuk tangan simetris, jumlah jari lengkap, pertumbuhan kuku normal

Bawah : Kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan, terdapat memar di bagian pangkal paha, terpasang traksi, dan kaki sebelah kanan sulit di gerakkan, nyeri saat bergerak,

5	5
4	1

e. Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 25 Desember 2022

Tabel 4. 2 Hasil Lab

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	BATAS
1	Leukosit	8.22	10 ³ /μL	4.80-10.80
2	Eritrosit	4.18	10 ³ /μL	4.20-5.40
3	Hemoglobin	11.9	g/dL	12.0-16.0
4	Hematokrit	35.7	%	37.0-54.0
5	PLT	265	10 ³ /μL	150-450
6	Ureum	45.9	mg/dL	17.0-43.0
7	Creatinin	0.8	mg/dL	0.6-11
8	Natrium	131	mmol/L	135-155
9	Kalium	3.6	mmol/L	3.6-5.5
10	Chloride	108	mmol/L	98-108

f. Pemeriksaan Medis

- Inj. RL 20 tpm
- Amlodipin 10 mg 1x1 oral
- Ranipril 5 mg 1x1 oral
- Santagesik 1 g 3x1 Iv

- Ranitidine 20 mg 2x1 Iv

g. Data Fokus

1) Data Subjektif (DS)

- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri
- Pasien mengatakan nyeri mulai dari paha sampai ujung kaki
- Pasien mengatakan paha sebelah kiri nyeri saat bergerak
- P : Nyeri dirasakan di daerah paha kiri
- Q : Nyeri terasa diremas-remas
- R : Terdapat dibagian paha kiri
- S : Skala nyeri 5
- T : Nyeri dirasakan hilang timbul
- Pasien mengatakan sukit menggerakkan kakinya
- Pasien mengatakan belum ada BAB kurang lebih 1 minggu

2) Data Objektif (DO)

- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak gelisah
- pasien hanya berbaring di tempat tidur
- Bising usus 4 x/m
- Pasien terlihat tidak nyaman dengan posisinya
- Terdapat memar pada pangkal paha
- Gerakan pasien terbatas
- Pasien terpasang traksi

3. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 3 Analisa Data

No	Tanggal	Data	Etiologi	Problem
1	25 Desember 2022	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri</p> <p>P : Nyeri dirasakan di daerah paha kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa diremas-remas</p> <p>R : Terdapat dibagian paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>O : - Pasien terlihat meringis</p> <p>- Pasien terlihat gelisa</p> <p>- Pasien terlihat tidak nyaman dengan posisinya</p>	Agen pencedera fisik	Nyeri akut (D.0077)
2	25 Desember 2022	<p>S : - Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya</p> <p>- Pasien mengatakan paha sebelah kiri nyeri saat bergerak</p> <p>O : - Gerakan pasien terbatas</p> <p>- Terdapat memar pada paha</p> <p>- Pasien terpasang traksi</p>	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
3	25 Desember 2022	<p>S : Pasien mengatakan belum ada BAB kurang lebih 1 minggu</p> <p>O : - Bising usus 4 x/m</p> <p>- Pasien hanya berbaring di tempat tidur</p>	Aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	Konstipasi (D.0049)

Prioritas Diagnosa :

- a. b.d. nyeri akut D.D. nyeri pada skala nyeri 5 poin di paha kiri karena iritasi fisik.
- b. Terbatasnya kemampuan untuk bergerak b.d. patah tulang yang mengganggu struktur tulang Ketidaknyamanan saat bepergian. DD.

- c. Olahraga yang tidak mencukupi mencegah buang air besar setiap hari (sembelit b.d.). DD. pasien tidak melakukan apa pun kecuali tetap di tempat tidur.

4. Perencanaan

Sebagai bagian dari rencana keperawatan, peneliti mencatat diagnosa pasien nyeri akut akibat agen cedera fisik (D.0077) yang ditandai dengan nyeri pada paha kiri pasien dengan skala nyeri 5, gangguan mobilitas fisik akibat kerusakan integritas struktur tulang (D.0054) yang ditandai dengan nyeri saat bergerak, dan konstipasi akibat aktivitas fisik sehari-hari di bawah anjuran (D.0049). Prosedur keperawatan Ny.s antara lain sebagai berikut:

Nama : Ibu S

Umur : 70 tahun

Dx Medis : CF neck femur

Tabel 4. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari 1 menjadi 5 2. Meringis dari 3 menjadi 5 3. Gelisah dari 3 menjadi 5 Keterangan : 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 1.2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1.3. Berikan terapi non farmakologis (kompres dingin) untuk mengurangi nyeri 1.4. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi

		5 : Menurun	1.5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas dari 1 menjadi 5 2. Kekuatan otot dari 1 menjadi 5 3. Rentang gerak ROM dari 1 menjadi 5 Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan 4. Nyeri dari 1 menjadi 5 Keterangan : 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 2.1. Identifikasi adanya nyeri 2.2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 2.3. Monitor kondisi umum selama Melakukan mobilisasi Terapeutik 2.4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 2.6. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3	Konstipasi b.d aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	Fungsi gastrointestinal (L.03019) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan fungsi gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan dari 3 menjadi 5 Keterangan : 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan 2. Frekuensi BAB dari 1 menjadi 5 3. Konsistensi reses dari 1 menjadi 5 Keterangan :	Manajemen konstipasi (I.04155) Observasi 3.1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 3.2. Identifikasi aktor resiko konstipasi Terapeutik 3.3. Anjurkan diet tinggi serat Edukasi 3.4. Anjurkan peningkatan asupan cairan 3.5. Anjurkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi Kolaborasi 3.6. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

		1.: Memburuk 2.: Cukup memburuk 3.: Sedang 4.: Cukup membaik 5.: Menbaik	
--	--	--	--

5. Implementasi

Penulis melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077) yang ditandai dengan nyeri pada paha kiri skala nyeri 5, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054) yang ditandai dengan nyeri saat bergerak, konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik sehari-hari kurang dari yang dianjurkan (D.0049), yang ditandai dengan pasien hanya berbaring di tempat tidur, selama pasien dirawat di rumah sakit.

Nama : Ibu S

Umur : 70 tahun

Dx Medis : Cf neck femur sinistra

Tabel 4. 5 Tabel Implementasi

Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
25 /12/22 11.00	Mengucapkan salam kepada klien	DS :- DO : Klien dan keluarga menjawab salam dan tersenyum	
25 /12/22 11.05	1.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,duras, frekuensi,kualitas, intersitas nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri P : Nyeri saat bergerak Q : Nyeri terasa diremasremas R : Terdapat dibagian paha kiri S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul	

		DO : Pasien terlihat meringis	
25 /12/22 11.10	1.5. Mengajarkan teknik non farmakologis (kompres dingin) untuk mengurangi nyeri	DS : Pasien dan keluarga mengatakan paham apa yang telah diajarkan DO : Pasien dan keluarga tampak paham	
25 /12/22 11.30	1.2. Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan paha sebelah kirinya nyeri dan tidak bisa di gerakan dengan skala nyerinya 5 DO : Pasien terlihat meringis saat bergerak Skala 4-6 Sedang	
25 /12/22 11.55	3.1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS : Pasien mengatakan belum ada BAB sudah 1 minggu dan tidak ada rasa ingin BAB DO : Pasien sering berbaring dan kurang bergerak	
25 /12/22 12. 10	3.3. Menganjurkan diet tinggi serat	DS : Pasien mengatakan sudah makan buah DO : Buah yang diberikan habis dimakan	
	2.2. Memonitor TTV sebelum memulai mobilisasi	DS : - DO : TD : 123/68 N : 86 x/m S : 36,6 °c RR : 20 x/m	
25 /12/22 12.20	2.4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	DS : Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang di sampaikan DO : Pasien kooperatif	
25 /12/22 12.40	Berpamitan dengan pasien dan keluarga	DS : - DO : Pasien dan keluarga menjawab salam	

26/12/22 09.30	Mengucapkan salam kepada pasien	DS :- DO : Pasien dan keluarga menjawab salam dan tersenyum	
26/12/22 09.35	1.2. Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan paha sebelah kirinya nyeri dan tidak bisa di gerakan dengan skala nyerinya 4 DO : Pasien terlihat meringis saat bergerak Skala 4-6 Sedang	
26/12/22 09.40	2.2. Memonitor TTV sebelum memulai mobilisasi	DS : - DO : TD : 155/96 N : 111 x/m S : 39 °c RR : 20 x/m	
26/12/22 10.00	1.3. Memberikan terapi non farmakologis (kompres dingin) untuk mengurangi nyeri	DS : Pasien mengatakan lebih rileks saat di kompres dengan air dingin DO : Pasien tampak rileks	
26/12/22 10.25	1.2. Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 3 setelah dilakukan kompres dingin DO : Pasien tampak lebih rileks Skala nyeri 1-3 ringan	
26/12/22 10.45	3.1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS : Pasien mengatakan belum bisa BAB DO : Pasien terlihat gelisah	
10.55	3.4. Mengajukan peningkatan asupan cairan	DS : Pasien mengatakan sudah banyak minum air putih ± 200 ml/hari DO : -	
26/12/22 11.05	2.4. Mengajukan melakukan mobilisasi dini	DS : Pasien mengatakan mengatakan mengerti dengan apa yang di sampaikan DO : Pasien kooperatif	

26/12/22 11.20	2.5. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	DS : Pasien mengatakan hanya bisa duduk, tidak bisa menggerakkan kakinya DO : Pasien terlihat merings ketika bergerak	
26/12/22 11.40	2.3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	DS : Keluarga pasien bersedia membantu pasien DO : Keluarga pasien kooperatif	
26/12/22 12.05	3.3. Mengajukan diet tinggi serat	DS : Pasien mengatakan sudah makan buah DO : Buah yang diberikan habis dimakan	
26/12/22 12.20	Berpamitan dengan pasien dan keluarga	DS : - DO : Pasien dan keluarga menjawab salam	
27/12/22 09.30	Mengucapkan salam kepada pasien	DS :- DO : Pasien dan keluarga menjawab salam dan tersenyum	
27/12/22 09.35	1.2. Mengidentifikasi skala nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang sedikit dengan skala nyeri 3 DO : Pasien tampak rileks Skala nyeri 1-3 ringan	
27/12/22 09.50	1.6. Memberikan obat analgetik	DS : - DO : Pasien diberikan injeksi santagesik dan ranitidin	
27/12/22 10.10	3.1. Menonitor tandan dan gejala konstipasi	DS : Pasien mengatakan masih belum ada BAB DO : Pasien terlihat gelisah	
27/12/22 10.30	2.4. Mengajukan melakukan mobilisasi dini	DS : Pasien mengatakan mengatakan mengerti dengan apa yang disampaikan DO : Pasien kooperatif	

27/12/22 10.45	2.3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	DS : Keluarga pasien bersedia membantu membantu pasien DO : Keluarga pasien kooperatif	
27/12/22 11.20	2.5. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan	DS : Pasien mengatakan hanya bisa duduk, tidak bisa menggerakkan kakinya DO : Pasien terlihat merings ketika bergerak	
27/12/22 11.45	2.2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	DS : Pasien mengatakan paha sampai ujung kaki nyeri saat bergerak sulit untuk digerakkan DO : Pasien tampak meringis saat bergerak	
27/12/22 11.55	2.2. Monitor TTV sebelum memulai mobilisasi	DS : - DO : TD : 140/90 N : 84 x/m S : 36,5 °c RR : 20 x/m	
27/12/22 12.20	3.3. Mengajukan diet tinggi serat	DS : Pasien mengatakan sudah makan buah DO : Buah yang diberikan habis dimakan	
27/12/22 12.35	3.4. Mengajukan peningkatan asupan cairan	DS : Pasien mengatakan sudah banyak minum air putih ± 200 ml/hari DO : -	
27/12/22 12.55	Berpamitan dengan pasien dan keluarga	DS : - DO : Pasien dan keluarga menjawab salam	

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan, dan peneliti membuat diagnosis berikut: nyeri akut akibat agen pencedera fisik (D.0077), gangguan

mobilitas fisik akibat kerusakan integritas struktur tulang (D.0054), dan konstipasi akibat aktivitas sehari-hari. aktivitas fisik yang kurang dari yang direkomendasikan (D.0049).

Nama : Ibu S

Umur : 70 tahun

Dx Medis : Cf neck femur sinistra

Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl/jam	No Dx	Evaluasi	Paraf
Minggu 25/12/2022 12.40	I	S : Pasien mengatakan nyeri dibagian paha sebelah kiri P : Nyeri saat bergerak Q : Nyeri terasa diremas-remas R : Terdapat dibagian paha kiri S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul O : - Pasien terlihat meringis - Pasien terlihat gelisah - Tidak nyaman dengan posisinya - TD : 123/68 - N : 86 A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2, 1.3	
Minggu 25/12/2022 12.40	II	S : Pasien mengatakan hanya bisa berbaring dan duduk, paha sampai ujung kakinya sebelah kiri tidak dapat di gerakkan O : Ketika bergerak pasien terlihat meringis dan terdapat memar dibagian paha pasien A : Masalah gangguan mobilitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.4, 2.5,2.3	
Minggu 25/12/2022 12.40	III	S : Pasien mengatakan belum ada BAB \pm 1 minggu O : Pasien tampak lemas dan gelisah A : Masalah konstipasi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4, 3.3	
Senin 26/12/2022 12.20	I	S : Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri sedikit berkurang dari skala 4 menjadi 3, setelah dilakukan kompres dingin O : Pasien tampak lebih rileks A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1.2,1.6	

Senin 26/12/2022 12.20	II	S : Pasien mengatakan masih belum bisa banyak bergerak, hanya bisa berbaring dan duduk, paha sampai ujung kakinya sebelah kiri tidak dapat digerakkan O : Ketika pasien menggerakkan kakinya terlihat meringis dan terdapat memar dibagian paha pasien A : Masalah gangguan mobilitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.4, 2.3, 2.5, 2.2	
Senin 26/12/2022 12.20	III	S : Pasien mengatakan masih belum bisa BAB O : Pasien tampak lemas dan gelisah A : Masalah konstipasi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4, 3.3	
Selasa 27/12/2022 12.55	I	S : Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri masih nyeri dengan skala nyeri 3 O : Pasien tampak gelisah, A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1.2,1.5,1.6	
Selasa 27/12/2022 12.55	II	S : Pasien mengatakan masih belum bisa banyak bergerak, hanya bisa berbaring dan duduk, paha sampai ujung kakinya sebelah kiri tidak dapat digerakkan O : Ketika pasien menggerakkan kakinya terlihat meringis dan terdapat memar dibagian paha pasien A : Masalah gangguan mobilitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.4, 2.3, 2.5,	
Selasa 27/12/2022 12.55	III	S : Pasien mengatakan sudah banyak makan buah tapi masih belum bisa BAB O : Pasien tampak lemas dan gelisah A : Masalah konstipasi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.4, 3.3, 3.6	

Tabel 4. 7 Evaluasi kompres dingin untuk nyeri

No	Tanggal	Skala nyeri (0-10)	
		Sebelum	Sesudah
1	25/12/2023	5	5
2	26/12/2023	4	3
3	27/12/2023	3	3

B. Pembahasan

Pembahasan ini mencakup perbedaan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang disampaikan sebagai tanggapan atas pertanyaan yang ditargetkan.

Penjelasan teoritis tentang mengapa dan bagaimana dengan urutan penulis berdasarkan F-T-O (Fakta-Teoti-Opini).

1. Pengkajian

Menurut temuan Kelompok Kerja DPP PPNI SDKI (2017), pengkajian keperawatan merupakan tahap awal pemberian asuhan keperawatan. Selama fase penilaian proyek penelitian, peneliti akan menilai pasien secara langsung sambil juga mengumpulkan data tambahan dari rekam medis pasien atau catatan perawat. Untuk memisahkan aspek subjektif dari aspek objektif data, peneliti berinteraksi dengan pasien melalui metode seperti wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik seluruh tubuh.

Berdasarkan hasil pemeriksaan, keluhan utama yang dirasakan pasien pada tanggal 25 Desember 2022 pukul 11.00 WITA adalah paha pasien hingga ujung kaki terasa nyeri dengan skala 5/sedang, tidak dapat digerakkan, bahwa ada rasa lembab pada pahanya, dan pasien sudah kurang lebih 1 minggu tidak berada disana. Informasi ini didasarkan pada temuan penilaian. Pentingnya buang air besar karena orang yang sakit tidak banyak bergerak. Setelah duduk selama satu minggu setelah terjatuh, pasien dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan. Kejatuhan terjadi di kamar mandi saat pasien sedang duduk.

Keluhan yang ditemukan secara teori antara lain nyeri, pendarahan, kerusakan jaringan sekitar tulang, bengkak/edema, pucat/perubahan warna kulit, dan rasa kesemutan. Karena pasien juga menunjukkan keluhan-

keluhan yang dijelaskan dalam teori, maka gejala tersebut dapat dikatakan ada pada kasusnya juga. Oleh karena itu, tidak ada keterputusan antara tinjauan teoritis peneliti dan tinjauan kasus yang diperolehnya berdasarkan skenario yang dijelaskan di atas.

2. Diagnosa Keperawatan

Karena diagnosa keperawatan sangat berperan dalam menentukan asuhan keperawatan, maka dapat berperan penting dalam membantu pasien dalam mencapai tujuan kesehatannya (Milkhatun, 2022). Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan patah tulang femur secara umum, namun diagnosa keperawatan pada praktek sebenarnya disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung. Berdasarkan data yang ditemukan pada pasien, diperoleh tiga diagnosa keperawatan yang sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

a. Diagnosa yang muncul pada pasien

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Nyeri akut ditandai dengan timbulnya secara tiba-tiba atau bertahap, intensitas rendah hingga tinggi, dan berlangsung minimal tiga bulan (Tim Pokja IDDPP PPNI, 2017).

Pasien yang mengalami nyeri akut memiliki data mayor dan minor yang cocok. Pasien mengaku merasakan nyeri pada paha kirinya, terasa seperti diremas, skala lima dari satu sampai sepuluh, datang dan pergi, dan tampak meringis serta gelisah.

Oleh karena itu, dokter kini lebih mungkin mendiagnosis pasien dengan nyeri akut akibat kekerasan fisik. Peneliti berasumsi penyebab nyeri yang dirasakan pasien disebabkan oleh patah tulang yang dialami pasien setelah terjatuh dari kamar mandi 1 minggu yang lalu, sehingga pasien mengalami pergeseran tulang yang menimbulkan nyeri dan dapat mengganggu aktivitas pasien sehari-hari jika tidak ada tindakan yang diambil.

Para peneliti memprioritaskan nyeri sebagai masalah utama karena mengganggu kemampuan pasien untuk bergerak dan melakukan tugas sehari-hari, yang pada akhirnya dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut.

2) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)

Ketidakmampuan menggerakkan tangan, kaki, atau bagian tubuh lainnya dianggap imobilitas fisik (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017). Para ahli medis mencurigai diagnosis ini karena pasien mengeluhkan kelemahan dan nyeri pada kaki kirinya, sehingga membatasi mobilitasnya dan membuat fisiknya lemah. Peneliti beranggapan penyebab terjadinya mobilitas fisik pasien adalah karena nyeri yang dirasakan pasien sehingga terjadi penurunan kekuatan otot dan pasien tidak dapat bergerak leluasa sehingga kondisi pasien dapat mengganggu pergerakan atau aktivitas.

- 3) Konstipasi berhubungan dengan aktifitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan (D.0049)

Penurunan BAB yang tidak normal disertai feses yang sulit dan tidak tuntas merupakan ciri dari konstipasi, sebagaimana didefinisikan oleh Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017). Riwayat konstipasi pasien selama seminggu mendorong peneliti untuk mempertimbangkan diagnosis ini; pasien juga melaporkan merasa lemah dan tidak bisa bangun dari tempat tidur. Para ilmuwan berspekulasi bahwa berkurangnya mobilitas dan tingkat aktivitas pasien berkontribusi pada ketidakmampuan mereka buang air besar secara teratur.

- b. Diagnosa yang tidak muncul pada pasien yang ada dalam teori
 1. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Risiko infeksi dapat diartikan sebagai kemungkinan mengalami peningkatan penyebaran organisme patogen seperti virus atau bakteri sehingga dapat mengganggu kesehatan (Tim Pokja IDPP PPNI, 2017). Meskipun pasien mengalami patah tulang tertutup, tidak ada luka di sekitar patah tulang, dan tidak ada operasi yang dilakukan, para peneliti tidak dapat memastikan diagnosis ini.

2. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan tau vena

Kurangnya perfusi di perifer atau penurunan aliran darah kapiler dapat mengganggu proses metabolisme (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017). Tidak ada gejala dan tanda besar atau kecil yang muncul pada pasien, sehingga peneliti tidak dapat memastikan diagnosis ini. Misalnya turgor kulit pasien tidak menurun, tidak terjadi pembengkakan di sekitar fraktur, akral terasa hangat, dan kapiler terisi kurang dari 2 detik.

3. Syok bisa terjadi jika cukup banyak cairan yang hilang dari tubuh.

Syok didefinisikan sebagai potensi hipoksia pada tingkat jaringan dan organ, yang berpotensi menyebabkan disfungsi seluler yang fatal (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017). Karena kadar oksigen pasien 98% normal, tingkat kesadaran baik/CM, akral terasa hangat, dan tidak ada kondisi darurat yang dapat mengancam nyawanya, maka peneliti tidak memastikan diagnosis tersebut.

3. Perencanaan/ Intervensi

Keterlibatan perawat dalam proses perencanaan sangat penting karena intervensi yang digunakan oleh perawat dan hasil dari intervensi tersebut mempengaruhi hasil bagi pasien. Tindakan keperawatan, sebaliknya, adalah hal-hal nyata yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi tersebut. Intervensi yang dilakukan perawat dapat

berupa observasi, perawatan, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018). Setiap langkah yang diambil perawat dengan kebijaksanaan dan keahlian mereka sendiri untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien dianggap sebagai intervensi. Pada tahap ini diberikan intervensi terhadap masalah keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Nyeri akut yang disebabkan oleh cedera fisik adalah diagnosis utama. Buku SLKI dan SIKI menjadi landasan teori perencanaan ini. Pada akhir tiga shift keperawatan 24 jam berturut-turut, nyeri akut pasien akan berkurang berkat intervensi berikut: 1.1 Menentukan sumber, sifat, waktu, dan kualitas keseluruhan dari tindakan keperawatan. rasa sakit pasien; 1.2 Menentukan Derajat Nyeri, Pemberian kompres dingin sebagai salah satu bentuk terapi non farmasi untuk meredakan nyeri, 1.4 Memungkinkan istirahat dan tidur. 1.5 Instruksikan metode manajemen nyeri yang tidak melibatkan pengobatan, 1.6 Bekerja sama untuk memberikan obat penghilang rasa sakit.

Obat-obatan sering kali digunakan dalam manajemen nyeri farmakologis, sementara berbagai pendekatan dapat dilakukan dalam manajemen nyeri non-farmakologis (Zulaikha et al., 2021). Tindakan non farmakologis (kompres dingin) diberikan kepada pasien sebagai upaya menurunkan persepsi pasien terhadap nyeri. Karena sifat intervensi yang ditentukan bersifat individual, beberapa tindakan ini tidak dapat dihilangkan sepenuhnya. Semua tindakan yang disebutkan di atas dapat dan harus diambil untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien.

Rusaknya integritas tulang merupakan penyebab kedua berkurangnya mobilitas. Teori-teori dari buku SLKI dan SIKI digunakan untuk menginformasikan proses perencanaan. Setelah memberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik yang dialami pasien dapat meningkat dengan intervensi yang dilakukan yaitu: 2.1 Mengenali adanya nyeri atau keluhan tubuh lainnya, 2.2 Memantau keadaan umum selama mobilitas, 2.3 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan, Sangat disarankan agar 2.4 dan 2.5, mobilitas dini dan mobilitas sederhana, diterapkan. Karena sifat individual dari intervensi yang ditentukan, kadang-kadang perlu untuk mempertahankan sebagian dari prosedur intervensi. Semua tindakan di atas dapat dan harus dilakukan atas nama pasien. Diagnosis medis ketiga yang paling umum pada pasien adalah sembelit yang disebabkan oleh aktivitas fisik harian yang lebih sedikit dari yang direkomendasikan. Teori-teori dari buku SLKI dan SIKI menjadi landasan perencanaan yang dilaksanakan. Frekuensi buang air besar pasien diharapkan membaik setelah mendapat asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam: 3.1 Mencari gejala konstipasi, Identifikasi faktor risiko konstipasi (3.2), 3.3 Menyarankan diet tinggi serat, 3.4 Menyarankan peningkatan asupan cairan, 3.5 Menyarankan metode untuk menghilangkan sembelit atau impaksi, dan 3.6 Bekerja sama untuk memutuskan apakah obat pencahar diperlukan atau tidak.

Kontraksi otot rangka mengakibatkan biaya metabolisme, menjadikan aktivitas fisik sebagai komponen penting dalam gaya hidup

sehat (Safrudin & Pradini, 2021). Karena kondisi pasien, aktivitas fisik sehari-hari pasien berkurang sehingga membuat sulit buang air besar. Tindakan yang diberikan pada pasien bertujuan untuk memastikan pasien dapat buang air besar dengan normal. Beberapa intervensi tidak ditunjuk secara keseluruhan karena intervensi yang ditunjuk disesuaikan dengan kebutuhan dan keluhan pasien. Semua tindakan di atas dapat dan harus dilakukan atas nama pasien.

4. Implementasi

Pada tanggal 25 Desember hingga 27 Desember 2022, terdapat 3 pasien yang dirawat selama 3 hari. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan kompres dingin pada bagian tubuh pasien yang nyeri. Tindakan mobilitas dini, seperti miring ke kanan atau ke kiri, dilakukan untuk meningkatkan aktivitas gerak fisik bagi mereka yang memiliki kendala mobilitas. Untuk masalah sembelit, peneliti menyarankan pasien untuk memperbanyak asupan cairan dan pola makan tinggi serat.

Pemberian kompres dingin pada pasien merupakan salah satu contoh terapi non farmasi yang diberikan sesuai dengan jurnal penelitian yang telah dianalisis sebelumnya seperti yang diterbitkan oleh Risna dkk. (2019), Suriani & Soesanto (2020), Sirait (2019), Nurhasanah dkk. (2022), dan Olvin dkk. (2019).

Diagnosis Pertama: Nyeri Cedera Fisik Agen Nyeri Akut dengan Aplikasi 1.1 Lokalisasi, durasi, dan tingkat keparahan nyeri Memperkenalkan pasien pada strategi manajemen nyeri non-obat, seperti

kompres dingin, Setelah 3 hari intervensi keperawatan, tingkat nyeri pasien diidentifikasi sebagai 5, skala sedang dari 1 sampai 10, menunjukkan bahwa nyeri dirasakan mulai dari paha hingga jari kaki. Pasien dan keluarganya dapat melakukan terapi ini tanpa menggunakan obat-obatan setelah mempelajari teknik nonfarmakologis, seperti kompres dingin. Implementasi Setelah 3 hari pelaksanaan tindakan keperawatan diketahui bahwa skala nyeri pasien mengalami penurunan setelah mendapat terapi kompres dingin pada hari ke 2 dan 3. Temuan ini menunjukkan bahwa terapi non farmakologi seperti kompres dingin dapat menjadi pereda nyeri yang efektif. Setelah pemberian kompres dingin, nyeri pasien berkurang dari 5 pada hari ke 2 menjadi 3 pada hari berikutnya, dan tetap pada tingkat tersebut sepanjang hari berikutnya, seperti yang dilaporkan oleh keluarga pasien.

Salah satu tindakan keperawatan yang diduga dapat meredakan nyeri adalah pemberian kompres dingin. Kompres dingin dapat meredakan nyeri karena dingin dapat memberikan efek fisiologis sehingga dapat mengurangi peradangan, memperlancar aliran darah/perdarahan, mengurangi edema dan sangat efektif dalam mengurangi nyeri (Price & Wilson, 2012).

Konsisten dengan hal ini adalah temuan Risna dkk. (2019) bahwa pemberian kompres dingin pada pasien yang mengalami patah tulang dapat mengurangi persepsi nyeri dan memperlambat detak jantung. Selain metode pereda nyeri tradisional, terapi kompres dingin terbukti efektif

mengurangi skala nyeri pada pasien patah tulang, bahkan pada kasus patah tulang tertutup (Suriani & Soesanto, 2020; Nurhasanah dkk, 2022; Olvin dkk, 2019). Penggunaan kompres dingin terbukti membantu pasien patah tulang paha mengurangi rasa sakitnya (Sirait, 2019).

Masalah pergerakan karena tulang tidak sekuat dulu; inilah
Diagnosa 2. 2.2 Mengawasi kesehatan pasien secara keseluruhan saat beraktivitas, Meningkatkan mobilitas pasien dengan bantuan anggota keluarga, Anjuran mobilitas dini adalah 2.4. Pada hari pertama proses keperawatan, pasien melaporkan imobilitas dan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas karena nyeri yang berhubungan dengan gerakan. Rasa sakit pasien mereda setelah diberi kompres dingin, dan akhirnya dia bisa menoleh ke kiri dan ke kanan dengan bantuan keluarganya.

Diagnosis Ketiga: Sembelit karena Kurangnya Aktivitas Fisik
Sehari-hari Setelah 3 hari pengobatan, pasien melaporkan bahwa ia tidak buang air besar selama sekitar satu minggu karena penyakitnya, yang oleh dokter dikaitkan dengan fakta bahwa ia kurang melakukan aktivitas seperti biasanya. kegiatan sehari-hari. Pasien menghabiskan hari dengan tertidur di tempat tidur. Intervensi Merekomendasikan diet tinggi serat, rendah sodium, rendah protein, rendah karbohidrat untuk pasiennya. Mereka yang menjalani diet rendah karbohidrat, tinggi protein, rendah natrium, rendah karbohidrat juga dianjurkan untuk banyak minum air putih. Karena patah tulang dan pasien sulit bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari, pasien tidak bisa buang air besar selama tiga hari saat mendapat perawatan.

5. Evaluasi

Mengevaluasi intervensi keperawatan berarti mencari tahu apakah intervensi tersebut berhasil atau tidak memberikan hasil yang diinginkan dan, jika tidak, tindakan apa yang dapat diambil untuk memperbaiki situasi. Evaluasi dalam keperawatan merupakan suatu cara untuk mengukur seberapa baik pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu setiap pasien (Tim Kerja IDDKI, PPNI, 2017). Setelah pelaksanaan selama 3 hari, diperoleh catatan kemajuan pada evaluasi akhir sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan nyeri akut akibat agen penginduksi fisik belum terselesaikan hingga evaluasi hari pertama (25 Desember 2022). Pasien masih kesakitan dan membuat ekspresi wajah yang menyakitkan. Keesokan harinya, 26 Desember 2022, hasil evaluasi nyeri membaik, pasien melaporkan nyeri berkurang, dan tidak terlihat meringis. Keesokan harinya, 27 Desember 2022, hasil evaluasi nyeri membaik, pasien melaporkan nyeri berkurang, dan pasien tampak lebih nyaman. Berdasarkan informasi yang disampaikan di atas, intervensi masih dilakukan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, pada hari pertama aktifitas sehari-hari pasien masih dibantu oleh keluarganya, seperti makan, di seka, dan melakukan kegiatan lainnya. Pada hari kedua masih tetap sama pasien belum bisa banyak melakukan pergerakan, pasien masih dibantu oleh keluarganya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada hari

ketiga pasien masih belum bisa banyak bergerak, pasien hanya bisa berbaring dan duduk di atas Kasur dan aktifitas sehari-hari masih dibantu oleh keluarganya. Oleh karena itu peneliti menyimpulkan bahwa masalah mobilitas fisik belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, pada hari pertama pasien belum ada BAB kurang lebih 1 minggu bermula dari pertama kali pasien mengalami ftaktur. Pada hari kedua pasien masih belum bisa BAB, pasien sudah banyak makan buah-buahan dan banyak minum air putih setiap harinya tapi belum ada tanda tadan masih mau BAB. Pada hari ketiga masih tetap sama pasien masih belum bisa BAB dan belum ada tanda tanda untuk BAB, pasien sudah banyak makan buah, sayuran, minum air putih, dan pasien melakukan pergerakan hanya bisa duduk dan berbaring. Berdasarkan data tersebut peneliti dapat menyimpulkan bahwa masalah konstipasi pada pasien belum teratasi dan intervensi tetap dilanjutkan.

6. Tindakan Inovasi

Pemberian terapi kompres dingin pada pasien yang dapat menurunkan skala nyeri dengan cara mengopres pada bagian yang nyeri menggunakan handuk kecil atau waslap yang direndam dengan air dingin. Kompres dingin bermanfaat dapat menurunkan intensitas nyeri, dapat menghentikan pendarahan, dan dapat mencegah peradangan sehingga pasien dapat merasa lebih nyaman

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada pasien patah tulang leher femur kiri telah dibahas secara rinci, dimulai dengan pengkajian dan diakhiri dengan evaluasi.

Berdasarkan pembahasan ini, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari informasi yang dihimpun, Ny. S mengalami berbagai gejala, antara lain nyeri pada paha kiri hingga kaki, kaki sulit digerakkan, paha memar, dan kurang buang air besar selama lebih dari seminggu.

Tanda dan gejala dalam teori dan kasusnya sangat mirip.

2. Diagnosa

Dalam penegakan diagnosa keperawatan ditemukan 3 diagnosa

- a) Cedera yang menyebabkan rasa sakit yang tiba-tiba dan parah
- b) Kerusakan integritas tulang menyebabkan masalah mobilitas.
- c) Mengurangi aktivitas fisik harian dan tingkat sembelit yang lebih rendah dari ideal

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun sesuai dengan teori yang sudah diterapkan dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan juga pemberian kompres dingin sesuai dengan analisa jurnal sebelumnya. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, dukungan mobilitas dan manajemen konstipasi.

4. Implementasi

Perawatan yang diberikan kepada pasien dengan patah tulang leher femur kiri mengikuti protokol yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang melibatkan kerjasama antara perawat dan pasien dapat terlaksana dengan sukses.

5. Evaluasi

Kasus patah tulang Ny. S yang diprioritaskan dalam evaluasi nyeri akut, teratasi sebagian pada hari kedua dan ketiga, dengan data nyeri pasien menurun dari skala nyeri 4 menjadi skala nyeri 3. Masalah mobilitas fisik belum dapat terselesaikan hingga saat ini. Hari ketiga dengan data pasien mengeluh sulit bergerak karena nyeri yang dirasakannya. Muncul ketika pasien menaruh beban pada kaki kirinya. Sedangkan masalah sembelit belum bisa teratasi hingga hari ketiga dengan data pasien mengeluh tidak ada buang air besar.

6. Tindakan Inovasi

Dengan memberikan kompres dingin pada area cedera, tenaga medis dapat menggunakan pengobatan nonfarmakologis untuk membantu pasien patah tulang mengurangi rasa sakitnya.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Diharapkan dengan melakukan penelitian ini, para peneliti akan lebih siap untuk menerapkan pelatihan metodologi penelitian akademis mereka di masa depan.

2. Bagi Rumah Sakit

Peneliti masa depan di bidang asuhan keperawatan pada pasien patah tulang femur semoga penelitian ini bermanfaat sebagai sumber informasi.

3. Bagi Pasien Dan Keluarga

Untuk mempercepat proses penyembuhan penyakitnya, metode ini diharapkan bermanfaat bagi pasien yang menderita patah tulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Aroyah, I. (2012). Terapi dingin (*cold therapy*) dalam penanganan cedera olahraga. FIK UNY
- Brunner & Suddarth. (2015) . Buku Ajar keperawatan medikal bedah (edisi 8). Jakarta : EGC
- Cresswell, J. W. (2014). Research Desing pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan campur. (edisi 4). Yogyakarta : Puataka belakar
- Helmi, Z. N. (2012). Buku ajar gangguan Muskuloskeletal. Jakarta : Salemba medika
- Milkhatun, M. (2020). Hubungan antara Status Pelatihan Proses Keperawatan dengan Sikap Perawat dalam Menerapkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Samarinda. *Borneo Student Research (BSR)*, 1(3), 1531-1536.
- Nurhasana, E. S., Inayati, A., & Nury, L. F. (2022), Pengaruh Terrapi dingin Cryotherapy terhadap penurunan nyeri pada fraktur ekstremitas tertutup di ruang bedah ortophedi RSUD Jendral Ahmad Yani kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 2 (4).
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus (edisi 1). *Mediaction Publishing*.
- Nursalam. 2014. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. (edisi 4). Jakarta Selatan :Salemba Medika
- Nafisa, A. (2013). Ilmu Dasar Keperwatan (edisi 1) Yogyakarta: Citra Pustaka
- Olvin, M., Stefanus. T., & Nathalia, M. H. (2019). Perbandingan pemberian kompres dingin dan hangat terhadap nyeri pada pasien fraktur ekstermitas tertutup di instalasi gawat darurat RS Bhayankara TK III Manado. *Journal Of Community and Emergency*, 7, (2).
- Price S. A., & Wilson L. M. (2012). Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. (edisi 6). Jakarta : penerbit buku kedokteran EGC
- Pottey, A & Perry, A.G. (2015). Buku ajar fundamental keperawatan. (edisi 4). Jakarta : ECG
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf (p. 674). [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- Risnah, Risnawati, H. R, Maria, U.A, Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi dalam Penanganan Diagnosa Nyeri Akut Pada Fraktur. *Jurnal Of Islamic Nursing* 4 (2), 80

- Sirait, H.S. (2019). Pengaruh kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur femur. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1, (1).
- Suryani, M., & Soesanto, E. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin. *Jurnal Ners Muda*, 1 (3), 172-177.
- Safirudin, M. B., & Pradini, A. O. (2021). Pengaruh Live Modeling Terhadap Perilaku Aktivitas Fisik Pada Siswa di Sekolah Dasar Negeri 003 Sangasanga. *Borneo Student Research (BSR)*, 3(1), 59–65.
- Suriya, M., & Zurianti (2019). Asuhan Keperawatan Medical Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal. Sumber : Pustaka Galeri
- Supratti & Ashriady. (2018). Pendokumentasian standar asuhan keperawatan di rumah sakit umum daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2 (1), 44-51
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi 1 Cetakan 3 (Revisi). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi 1 Cetakan 2. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokjo SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi 1 Cetakan 2. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- World Health Organization. (2018). Global status report on road safety. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M., (2015). KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta : Nuha Medika
- Zulaikha, F., Sureskiarti, E., Septiawan, T., Sari, D. P., & Nurina, I. (2021). Terapi Bermain Puzzle Suatu Distraksi Nyeri Pada Pasien Kanker Anak Di Rumah Singgah Kanker Kota Balikpapan. *Prosiding Seminar*, 1 (1), 229–232.

LAMPIRAN

Lampiran 1

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Indah
Tempat, tanggal lahir : Polewali, 05 September 2000
Alamat asal : Des. Kasai, Kec.Pulau Derawan, Kab. Berau
Alamat di Samarinda : Jln. Markisa, Gn. Kelua, Kec. Samarindah Ulu
Email : 2011102416080@umkt.ac.id
No Hp : 082358369862

B. Riwayat Pendidikan Formal

- Tamatan SD tahun : 2008-2014 SDN 005 Pulau Derawan
- Tamatan SMP tahun : 2014-2017 SMPN 31 Berau
- Tamatan SMK tahun : 2017-2020 di SMK Sehat Persada Tanjung Redep,
Berau

Lampiran 2

SOP PENGKAJIAN NYERI

(PQRST)

 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR Jl. Ir. H. Juanda No.15 Samarinda, Kampus 1 UMKT Telp. (0541) 748511, Kode Wilayah 75124 Website : www.umkt.ac.id		
Kode :	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGKAJIAN NYERI (PQRST)	Revisi : 00
Tgl Berlaku: 00		Halaman :
No	Tahap	Aktifitas
1	Pra Interaksi	1. Membaca status pasien 2. Menyiapkan diri dan alat yang dibutuhkan
2	Fase Orientasi	1. Menberikan salam (seyuman) 2. Mengenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan kedatangan dan tindakan 4. Menjelaskan prosedur 5. Meminta kesediaan pasien
3	Fase Kerja	1. Menanyakan hal-hal yang memunculkan nyeri 2. Menanyakan hal-hal yang menyebabkan nyeri meningkat 3. Menanyakan hal-hal yang membuat nyeri berkurang 4. Menanyakan rasa nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk/ terbatuk/ disayat-sayat/ tertekan benda berat/ berdenyut 5. Menanyakan berapa kali nyeri dirasakan dalam sehari 6. Menanyakan tempat/ lokasi nyeri dirasakan 7. Menanyakan apakah nyeri menjalar/ menyebar ke bagian lain 8. Menanyakan skala nyeri (0-10) 9. Menanyakan Kapan terjadinya nyeri dan berapa lama nyeri di rasakan
4	Fase Terminasi	1. Memberitahukan bahwa pengkalian/ wawancara sudah selesai 2. Mengevaluasi/ menyimpulkan hasil pengkajian/ wawancara 3. Menyampaikan rencana tindak lanjut 4. Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa <p style="text-align: center;"> اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ اذْهَبِ الْبَاسَ اشْفِ اَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ اِلَّا شِفَاؤُكَ شِفَاءً لَا يُعَادِرُ سَقَمًا </p> Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala klienannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien. 5. Berpamitan, salam dan senyum

SOP KOMPRES DINGIN

	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR Jl. Ir. H. Juanda No.15 Samarinda, Kampus 1 UMKT Telp. (0541) 748511, Kode Wilayah 75124 Website : www.umkt.ac.id
Kode :	Revisi : 00
Tgl Berlaku: 00	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR KOMPRES DINGIN
	Halaman :

1. Tujuan umum
 Pasien mampu melakukan kompres dingin dengan baik dan benar

2. Pengertian
 Kompres dingin adalah kompres yang digunakan untuk mengurangi inflamasi atau peradangan, kompres yang menggunakan handuk kecil atau waslap.

3. Tujuan
 Menurunkan intensitas nyeri, menghentikan pendarahan, dan mencegah peradangan.

Nama pasien : Ibu S

	ASPEK YANG DINILAI			
Pengkajian				
1	Cek catatan keperawatan dan medis pasien			
2	Kaji lokasi pemberian kompres dingin			
3	Diagnosa keperawatan yang sesuai: <ul style="list-style-type: none"> Nyeri akut Gangguan Mobilitas fisik Konstipasi 			
Fase pre interaksi				
4	Mencuci tangan			

5	<p>Mempersiapkan alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troli • Handscoon • Masker • Handuk kecil • Baskom berisi air dingin dengan suhu 15°C • Perlak atau pengalas • Bengkok 			
Fase Orientasi				
6	Memberi salam dan menyapa nama klien			
7	Memperkenalkan diri			
8	Melakukan kontrak			
9	Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan			
10	Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan			
11	Mendekatkan alat-alat			
Fase Kerja				
12	Jaga privasi: tutup pintu dan jendela / pasang sampiran.			
13	<p>Membaca 'Basmalah' dan memulai tindakan dengan baik</p> <p style="text-align: center;">  </p>			
14	Menyiapkan peralatan			
15	Pasang handscoon			
16	Mengatur posisi pasien nyaman mungkin			
17	Pasang perlak atau pengalas dibawah area yang akan dipasang kompres			
18	Peras handuk kecil atau waslap samapi tidak menetes			
19	Tempatkan kompres pada area yang dikompres beberapa detik			

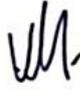
20	Agkat tepi kompres untuk melihat respon kulit awal terhadap kompresan			
21	Ganti waslap setiap 5 menit, atau sesuai kebutuhan			
22	Setelah 20 menit, mengakhiri tindakan dan keringkan area yang di kompres			
23	Melepas pengalas atau perlak			
Fase Terminasi				
27	Membaca hamdalah			
28	Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman			
29	Mengevaluasi respon klien			
30	Membuat kontrak pertemuan selanjutnya			
31	Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَذْهِبِ الْبَأْسَ إِشْفِ أَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ إِلَّا شِفَاؤُكَ شِفَاءً لَا يُعَادِرُ سَقَمًا Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala kliennya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.			
32	Mengumpulkan dan membersihkan alat			
33	Melepaskan sarung tangan & mencuci tangan			
Evaluasi				
35	Evaluasi respon pasien			
36	Evaluasi keadaan pasien			
Dokumentasi				
37	Keadaan pasien setelah di berikan kompres dingin			

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

JUDUL : Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang mengalami fraktur neck femur sinistra di ruang cempaka RSUD Abdul Wahab Sjaranie Samarinda

Pembimbing : Ns. Ulfatul Muflihah, M.N.S.

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	25-11-2022	konsul LP, Askep dan Judul	- Judul Acc	
2	23/12/2022	konsul Bab 1	- memperbaiki latar belakang dan melengkapi isi latar belakang	
3.	02/01/2023	konsul revisi bab 1	- mencari sumber utama dari kutipan dan merapikan penulisan	
4	09/01/2023	konsul bab 1, 2, 3 dan halaman sampul	- melengkapi Hki dan cara penulisan - lengkapi intervensi dan tindakan insasif	
5	10/01/2023	konsul bab 1, 2, 3	- melengkapi bab 3 menambahkan kutipan	
6	13/01/2023	proposai Acc TTD persetujuan	:	

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ibu S yang mengalami fraktur neck femur sinistra di ruang cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pebimbing : Ns. Ulful Muflihah, M.N.S.

No	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	06 Maret 2023	Konsul BAB 1-5	- Lengkapi bagian Pembahasan - Perbaiki daftar pustaka dan kutipan	Ulf
2.	8 Maret 2023	Konsul BAB 1-5	- Menambahkan tabel evaluasi Nyeri BAB IV - melengkapi lokasi punitian BAB IV	Ulf
3.	10 Maret 2023	Konsul BAB 1-5 Perbaikan Bab 4	- Lengkapi bagian pengkajian Ekstremitas - Lengkapi data fokus - Lengkapi analisis data	Ulf
4.	13 Maret 2023	Perbaikan Bab 4 bagian implementasi	- tambahkan hasil, teori dan penelitian bagian Pembahasan implementasi BAB IV	Ulf
5.	14 Maret 2023	Perbaikan substansi penulisan	- Perbaiki MOTTO - Perhatikan penulisan seliap BAB	Ulf
6.	15 Maret 2023	Perbaikan di bab 2 dan bab 4	- Perbaiki pathway - Perbaiki gonogram - Cari referensi suhu untuk kompres dingin	Ulf

Uji Turnitin Plagiasi

KTI_ Indah (Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Fraktur Neck Femur Sinistra)

by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Submission date: 16-Oct-2023 04:09PM (UTC+0800)

Submission ID: 2191164472

File name: KTI_INDAH_2011102416080.docx (130.32K)

Word count: 13757

Character count: 81389

KTI_ Indah (Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Fraktur Neck Femur Sinistra)

ORIGINALITY REPORT

26% SIMILARITY INDEX	26% INTERNET SOURCES	2% PUBLICATIONS	11% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	dspace.umkt.ac.id Internet Source	10%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	4%
3	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
4	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
5	repository.unimugo.ac.id Internet Source	1%
6	www.scribd.com Internet Source	1%
7	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%
8	dokument.pub Internet Source	1%
9	jurnal.unimus.ac.id Internet Source	<1%