

**LAPORAN PENDAHULUAN ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS  
PADA PASIEN DENGAN FRAKTUR DI RUANG HCU RSD  
MANGUSADA**



**OLEH:**

**NI PUTU ENY SURYANTINI**  
**NIP. 197609152009012002**

**RUANG HCU PUSPANJALI RSD MANGUSADA BADUNG**  
**2022**

## **Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan Fraktur Di Ruang HCU RSD Mangusada**

### **A. KONSEP DASAR PENYAKIT**

#### **1. Definisi**

- 1) Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Nurarif, 2015).
- 2) Fraktur adalah terputusnya tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Smeltzer, 2013).
- 3) Fraktur adalah setiap retak atau patah pada tulang yang utuh. Kebanyakan fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang, baik berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung (Mansjoer, 2013).
- 4) Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian (Helmi, 2012).

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa fraktur adalah patah atau terputusnya kontinuitas pada tulang atau tulang rawan yang biasanya disebabkan oleh ruda paksa / trauma langsung ataupun trauma tidak langsung disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, rupture tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ tubuh yang ditentukan sesuai jenis dan luasnya.

#### **2. Etiologi**

Menurut Helmi (2012), adapun penyebab fraktur yaitu:

- 1) Trauma langsung (direct): adanya benturan langsung pada jaringan tulang seperti kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, dan benturan benda keras oleh kekuatan langsung.
- 2) Trauma tidak langsung (indirect): disebabkan oleh benturan langsung, tapi lebih disebabkan oleh adanya beban yang berlebihan pada jaringan tulang atau otot, seperti pada olahragawan atau pesenam yang menggunakan hanya satu tangannya untuk menumpu beban badannya.

- 3) Trauma patologis: karena adanya kelainan/penyakit yang menyebabkan kelemahan pada tulang (infeksi, tumor, kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.

### **3. Klasifikasi**

Klasifikasi fraktur secara umum :

1. Berdasarkan tempat (Fraktur humerus, tibia, clavicula, ulna, radius, cruris, metakarpal, dst).
2. Berdasarkan komplrit atau ketidak komplritan fraktur:
  - a. Fraktur komplrit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang).
  - b. Fraktur tidak komplrit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang).
3. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah:
  - a. Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
  - b. Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
  - c. Fraktur Multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
4. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan).
  - 1) Fraktur Tertutup (Closed), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:
    1. Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
    2. Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
    3. Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.

4. Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.
- 2) Fraktur Terbuka (Open/Compound), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit. Fraktur terbuka dibedakan menjadi beberapa grade yaitu :
  - a. Grade I: luka bersih, panjangnya kurang dari 1 cm.
  - b. Grade II: luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif.
  - c. Grade III: sangat terkontaminasi, dan mengalami kerusakan jaringan lunak ekstensif.

#### **4. Epidemiologi**

Data dari World Health Organization (WHO) mencatat pada tahun 2011-2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Menurut data Riskesdas 2007 prevalensi fraktur di Indonesia sebanyak 4,5 persen dan riskesdas 2013 sebanyak 5,8 persen. Tidak hanya pada prevalensi fraktur di Indonesia yang mengalami peningkatan, Jawa Tengah juga mengalami peningkatan prevalensinya, hal ini dibuktikan dengan hasil Riskesdas 2007 adalah 4,7 persen. Sedangkan menurut Riskesda 2013, sebesar 6,2 persen.

#### **5. Manifestasi klinis**

Menurut (Nurarif, 2015), adapun manifestasi klinis dari fraktur yaitu:

- 1) Nyeri
- 2) Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit
- 3) Peningkatan temperature lokal
- 4) Tidak dapat menggunakan anggota gerak
- 5) Deformitas (perubahan struktur lain dan bentuk) disebabkan oleh ketergantungan fungsional otot pada kestabilan otot.
- 6) Krepitasi, sering terjadi karena pergerakan bagian fraktur sehingga menyebabkan kerusakan jaringan sekitarnya.

- 7) Terdapat trauma (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian/jatuh dari toilet pada orang tua, kecelakaan kerja, trauma olahraga)
- 8) Gangguan fungsi anggota gerak, kelainan gerak.

## **6. Pemeriksaan penunjang**

- 1) X-Ray dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulang yang cedera.
- 2) Bone scans, Tomogram, atau MRI Scans, Arteriogram: dilakukan bila ada kerusakan vaskuler.
- 3) CCT jika banyak kerusakan otot.
- 4) Pemeriksaan Darah Lengkap (leukosit turun/meningkat akibat respon peradangan, Eritrosit dan Albumin turun, Hb, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas. Pada masa penyembuhan Ca meningkat di dalam darah, kreatinin (trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal), profil koagulasi (perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi, atau cedera hati) (Nurarif, 2015).

## **7. Terapi farmakologi**

Obat yang digunakan untuk penanganan fraktur yaitu pemberian antibiotik (ciprofloxacin, cefotaxime), obat analgesik (ketorolac, asam mefenamat), dan obat calcidin (untuk membantu pembentukan dan perkembangan tulang) selain itu juga dilakukan prinsip penanganan fraktur meliputi 4 R yaitu: Rekognisi (pengenalan), Reduksi fraktur (setting tulang), Retensi (imobilisasi fraktur), dan Rehabilitasi (mempertahankan dan mengembalikan fungsi).

## **8. Penatalaksanaan**

### **a. Penatalaksanaan fraktur terbuka**

Prinsip penatalaksanaan fraktur terbuka yaitu:

- 1) Semua fraktur terbuka dikelola secara emergensi.
- 2) Lakukan penilaian awal adanya cedera lain yang dapat mengancam jiwa.

- 3) Berikan antibiotika yang sesuai dan adekuat.
- 4) Lakukan *debridement* dan irigasi luka.
- 5) Lakukan stabilisasi fraktur.
- 6) Lakukan rehabilitasi *ekstremitas* yang, mengalami fraktur.

Penanganan awal fraktur terbuka tetap mengedepankan keadaan umum (life threatening) pasien terlebih dahulu yaitu: memasang cairan intravena dua jalur, pemeriksaan klinis dan radiologi terhadap toraks, abdomen, cervical dan lain-lain, pemeriksaan laboratorium seperti darah rutin dan urinalisa dan pemeriksaan lain sesuai indikasi. Hal yang paling penting dalam penanganan fraktur terbuka adalah untuk mengurangi atau mencegah terjadinya infeksi yaitu:

a. Antibiotika

Untuk fraktur terbuka antibiotika yang dianjurkan adalah golongan *cephalosporin*, dan dikombinasi dengan golongan aminoglikosida. Untuk fraktur terbuka tipe I diberikan inisial 2 gram golongan *cephalosporin*, dan dilanjutkan dengan pemberian 1 gr setiap 6 sampai 8 jam selama 48 sampai 72 jam. Pada fraktur terbuka tipe II dan tipe III pemberian antibiotika kombinasi sangat di anjurkan untuk dapat mencegah infeksi dari bakteri gram positif ataupun gram negatif. Kombinasi antibiotika yang dianjurkan adalah golongan *cephalosporin* (2 gr) dikombinasikan dengan golongan aminoglikosida (3 – 5 mg/kg) diberikan inisial, dilanjutkan selama 3 hari. 10.000.000 unit penisilin diberikan terhadap luka sangat kotor (farm injuries). Anti tetanus di indikasikan untuk semua fraktur terbuka.

b. *Debridement*

*Debridement* adalah pengangkatan jaringan yang rusak dan mati sehingga luka menjadi bersih. Untuk melakukan *debridement* yang adekuat, luka lama dapat diperluas, *Debridement* yang adekuat merupakan tahapan yang sangat penting untuk pengelolaan fraktur terbuka. *Debridement* harus dilakukan sistematis, komplit serta berulang.

c. Stabilisasi fraktur

Pada fraktur terbuka, stabilisasi fraktur berguna untuk memberikan perlindungan terhadap kerusakan jaringan yang lebih parah,

mempermudah akses dalam melakukan perawatan luka, mempermudah pasien dalam melakukan mobilisasi, dan pasien dapat melakukan *isometric muscle exercise* serta melakukan gerakan sendi di atas ataupun dibawah garis fraktur baik secara aktif ataupun pasif.

Stabilisasi pada fraktur terbuka di bagi dua cara yaitu dengan menggunakan fiksasi internal (*intramedullary nails* atau *plate and screw*) dan fiksasi eksternal. Pemilihan implant didasarkan dari lokasi cedera, konfigurasi fraktur, tipe fraktur terbuka, cedera lain yang menyertai fraktur terbuka dan kemampuan dari ahli bedah.

1) Fiksasi internal atau ORIF (Open Reduction Internal Fixation)

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur ulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk megaktifkan penyembuhan (Brunner & Suddart, 2002).

2) Fiksasi Eksternal atau OREF (Open Reduction Internal Fixation).

Open reduction Eksternal Fixation (OREF) adalah reduksi terbuka dengan fiksasi internal dimana prinsipnya tulang di transfiksasikan di atas dan di bawah fraktur, sekrup atau kawat di transfiksi di bagian proksimal dan distal kemudian dihubungkan satu sama lainnya dengan suatu batang lain.

b. Tujuan utama dari penanganan fraktur adalah:

1) Untuk menghilangkan rasa nyeri.

Nyeri yang timbul pada fraktur bukan karena frakturnya sendiri, namun karena terluka jaringan disekitar tulang yang patah tersebut. Untuk mengurangi nyeri tersebut, dapat diberikan obat penghilang rasa nyeri dan juga dengan tehnik imobilisasi (tidak menggerakkan daerah yang fraktur).

2) Teknik imobilisasi

a) Pembidaian adalah pemasangan benda keras yang ditempatkan di daerah sekeliling tulang yang mengalami fraktur.

b) Pemasangan gips

Merupakan bahan kuat yang dibungkuskan di sekitar tulang yang patah. Gips yang ideal adalah yang membungkus tubuh sesuai dengan bentuk tubuh. Indikasi dilakukan pemasangan gips adalah:

1. Immobilisasi dan penyangga fraktur
2. Istirahatkan dan stabilisasi
3. Koreksi deformitas
4. Mengurangi aktifitas
5. Membuat cetakan tubuh orthotik

Sedangkan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemasangan gips adalah :

- Gips yang pas tidak akan menimbulkan perlukaan
  - Gips patah tidak bisa digunakan
  - Gips yang terlalu kecil atau terlalu longgar sangat membahayakan klien
  - Jangan merusak / menekan gips
  - Jangan pernah memasukkan benda asing ke dalam gips / menggaruk
  - Jangan meletakkan gips lebih rendah dari tubuh terlalu lama
- 3) Untuk menghasilkan dan mempertahankan posisi yang ideal dari fraktur.

Bidai dan gips tidak dapat mempertahankan posisi dalam waktu yang lama. Untuk itu diperlukan lagi teknik yang lebih mantap seperti pemasangan traksi kontinyu, fiksasi eksternal, atau fiksasi internal tergantung dari jenis frakturnya sendiri.

Penarikan (traksi):

Secara umum traksi dilakukan dengan menempatkan beban dengan tali pada ekstermitas pasien. Tempat tarikan disesuaikan sedemikian rupa sehingga arah tarikan segaris dengan sumbu panjang tulang yang patah. Metode pemasangan traksi antara lain :

- a) Traksi manual
- b) Tujuannya adalah perbaikan dislokasi, mengurangi fraktur, dan pada keadaan emergency.



c) Traksi mekanik, ada 2 macam :

- Traksi kulit (skin traction)

Dipasang pada dasar sistem skeletal untuk struktur yang lain misal otot. Digunakan dalam waktu 4 minggu dan beban < 5 kg.

- Traksi skeletal

Merupakan traksi definitif pada orang dewasa yang merupakan *balanced traction*. Dilakukan untuk menyempurnakan luka operasi dengan kawat metal / penjepit melalui tulang / jaringan metal.

Kegunaan pemasangan traksi, antara lain :

1. Mengurangi nyeri akibat spasme otot
2. Memperbaiki & mencegah deformitas
3. Immobilisasi
4. Difraksi penyakit (dengan penekanan untuk nyeri tulang sendi)
5. Mengencangkan pada perlekatannya.

Prinsip pemasangan traksi :

- 1) Tali utama dipasang di pin rangka sehingga menimbulkan gaya tarik
- 2) Berat ekstremitas dengan alat penyokong harus seimbang dengan pemberat agar reduksi dapat dipertahankan
- 3) Pada tulang-tulang yang menonjol sebaiknya diberi lapisan khusus
- 4) Traksi dapat bergerak bebas dengan katrol
- 5) Pemberat harus cukup tinggi di atas permukaan lantai

## 9. Komplikasi

a. Early :

1) Lokal:

- a) Vaskule : Compartment syndrome, Trauma vaskuler
- b) Neurologis: lesi medulla spinalis atau saraf perifer

2) Sistemik: emboli lemak

- a) Crush syndrome

b) Emboli paru dan emboli lemak

b. Late:

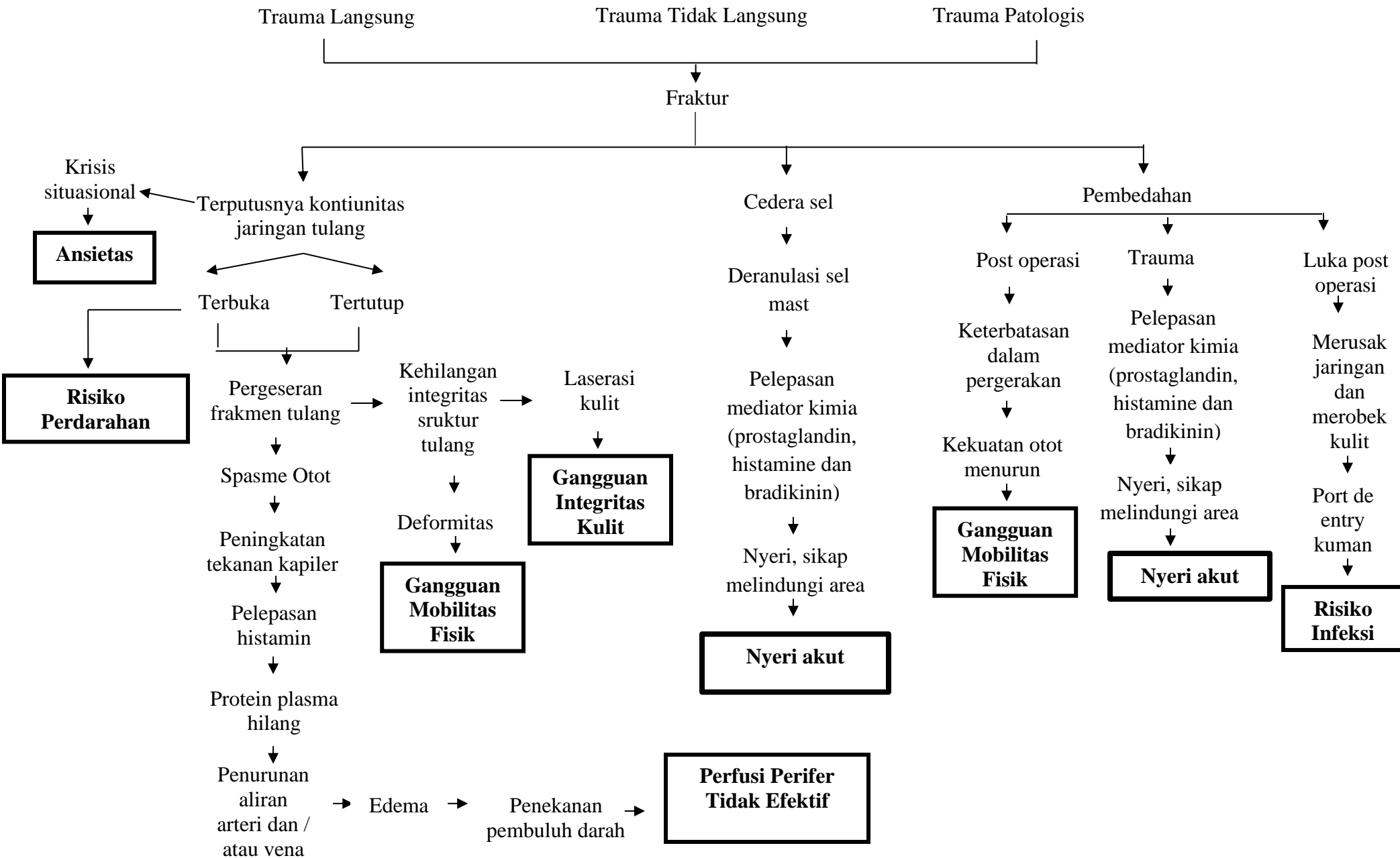
- 1) Malunion: Kelainan penyatuan tulang karena penyerasian yang buruk menimbulkan deformitas, angulasi atau pergeseran.
- 2) Delayed union: Fraktur sembuh dalam jangka waktu yang lebih dari normal
- 3) Non union: Fraktur yang tidak menyambung dalam 20 minggu. Penyatuan tulang tidak terjadi, cacat diisi oleh jaringan fibrosa. Kadang –kadang dapat terbentuk sendi palsu pada tempat ini. Faktor – faktor yang dapat menyebabkan non union adalah tidak adanya imobilisasi, interposisi jaringan lunak, pemisahan lebar dari fragmen contohnya patella dan fraktur yang bersifat patologis.
- 4) Kekakuan sendi/kontraktur

## **10. Patofisiologi**

Fraktur gangguan pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma langsung, trauma tidak langsung, dan trauma patologis. Terputusnya kontinuitas jaringan tulang baik itu fraktur terbuka/tertutup, mengakibatkan pergeseran fragmen tulang sehingga otot mengalami spasme menyebabkan peningkatan tekanan kapiler merangsang pelepasan histamine sehingga protein plasma hilang dan terjadi penurunan aliran arteri dan /atau vena mengakibatkan edema sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah dan memunculkan diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif. Fraktur terbuka atau tertutup menyebabkan cedera sel yang akan mengenai serabut saraf dan merangsang peningkatan pelepasan mediator kimia (prostaglandin, histamin, dan bradikinin) sehingga terjadi nyeri, selain itu karena pembedahan juga menyebabkan trauma dan merangsang peningkatan pelepasan mediator kimia (prostaglandin, histamin, dan bradikinin) menyebabkan nyeri dan muncul diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Terputusnya kontinuitas jaringan tulang mengakibatkan pergeseran fragmen tulang sehingga kehilangan Integritas sruktur tulang menyebabkan deformitas, selain itu post operasi juga mengakibatkan

keterbatasan dalam pergerakan sehingga kekutan otot menurun dan muncul diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik. Pergeseran fragmen tulang mengakibatkan lacerasi kulit dan muncul diagnosa keperawatan yaitu gangguan integritas kulit. Proses pembedahan juga mengakibatkan terjadinya luka post operasi sehingga merusak jaringan dan merobek kulit, ada celah masuk bagi kuman dan dapat terjadinya infeksi dan muncul diagnosa keperawatan yaitu risiko infeksi. Fraktur gangguan pada tulang yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan tulang sehingga mengakibatkan si penderita mengalami krisis situasional dan muncul diagnosa keperawatan yaitu Ansietas, karena terputusnya kontinuitas jaringan tulang bisa mengalami fraktur terbuka sehingga memunculkan diagnosa keperawatan yaitu Risiko perdarahan. Saat proses pembedahan di tahap prosedur anestesi untuk tindakan ORIF/pemasangan Gips yang terlalu kuat dapat menyebabkan komplikasi kompartemen syndrome.

## 11. Pathway



## **B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN**

### **I. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian pasien dengan fraktur menurut (Doengoes, 2000: 760) adalah:

#### **a. Anamnesa**

##### **1) Identitas pasien**

Meliputi; nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), dan diagnosis medis.

##### **2) Keluhan utama**

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap mengenai rasa nyeri pasien, perawat dapat menggunakan PQRST.

*Provoking incident*: hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri adalah trauma pada bagian paha.

*Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien, apakah seperti terbakar, berdenyut/menusuk.

*Region, Radiation, Relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar/menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

*Severity (scale) of pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri/pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

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

##### **3) Riwayat penyakit sekarang**

Pada pasien fraktur/patah tulang dapat disebabkan oleh trauma/kecelakaan degenerative dan patologis yang didahului dengan

perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat/perubahan warna kulit dan kesemutan.

**4) Riwayat Penyakit Dahulu**

Apakah pasien pernah mengalami penyakit ini (fraktur) atau pernah punya penyakit yang menular/menurun sebelumnya

**5) Riwayat penyakit keluarga**

Pada keluarga pasien ada/tidak yang menderita osteoporosis, arthritis, dan tuberkolosis/penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular.

**6) Riwayat Psikososial Spiritual**

Kaji respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya, peran pasien dalam keluarga dan masyarakat, serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

**7) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat**

Pasien fraktur akan merasa takut terjadi kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang dapat mengganggu keseimbangan pasien dan apakah pasien melakukan olahraga atau tidak.

**8) Pola nutrisi dan metabolik**

Pada fraktur tidak akan mengalami penurunan nafsu makan, meskipun menu berubah misalnya makan di rumah gizi tetap sama sedangkan ketika di RS disesuaikan dengan penyakit dan diet pasien.

**9) Pola eliminasi**

Kebiasaan miksi/defkasi sehari-hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi.

**10) Pola aktivitas dan latihan**

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan/gangguan akibat dari fraktur femur sehingga kebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat/keluarga.

**11) Pola persepsi dan konsep diri**

Dampak yang timbul pada pasien fraktur adalah timbul ketakutan akan kecacatan akibat fraktur yang dialaminya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah atau gangguan citra diri.

**12) Pola sensori dan kognitif**

Daya raba pasien fraktur berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan indra yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan, selain itu timbul nyeri akibat fraktur.

**13) Pola penanggulangan stress**

Pada pasien fraktur timbul rasa cemas akan keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh pasien dapat tidak efektif.

**14) Pola tata nilai dan keyakinan**

Pasien fraktur tidak dapat melaksanakan ibadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam beribadah. Hal ini dapat disebabkan oleh nyeri dan keterbatasan gerak pasien. Adanya kecemasan dan stress sebagai pertahanan dan pasien meminta perlindungan/mendekatkan diri dengan Tuhan YME.

**b. Pemeriksaan Fisik**

Dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status generalisata) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

**a. Gambaran Umum**

Perlu menyebutkan:

- 1) Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda, seperti:
- 2) Kesadaran penderita:  
Composmentis: berorientasi segera dengan orientasi sempurna  
Apatis: terlihat mengantuk tetapi mudah dibangunkan dan pemeriksaan penglihatan, pendengaran dan perabaan normal  
Sopor: dapat dibangunkan bila dirangsang dengan kasar dan terus menerus  
Koma: tidak ada respon terhadap rangsangan  
Somnolen: dapat dibangunkan bila dirangsang dapat disuruh dan menjawab pertanyaan, bila rangsangan berhenti penderita tidur lagi.
- 3) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut, spasme otot, dan hilang rasa.
- 4) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.
- 5) Neurosensori, seperti kesemutan, kelemahan, dan deformitas.
- 6) Sirkulasi, seperti hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri/ansietas), hipotensi (respon terhadap kehilangan darah), penurunan nadi pada bagian distal yang cedera, capillary refill melambat, pucat pada bagian yang terkena, dan masa hematoma pada sisi cedera.

b. Keadaan Lokal

Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal adalah sebagai berikut :

- 1) Look (inspeksi)  
Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain sebagai berikut :
  - a) Sikatriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi).
  - b) Fistula warna kemerahan atau kebiruan (livide) atau hyperpigmentasi.



- c) Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal)
- d) Posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas)
- e) Posisi jalan (gait, waktu masuk ke kamar periksa)

2) Feel (palpasi)

Pada waktu akan palpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki mulai dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan informasi dua arah, baik pemeriksa maupun klien.

Yang perlu dicatat adalah:

- a) Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit. *Capillary refill time* Normal (3 – 5) detik
- b) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama disekitar persendian
- c) Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, tengah, atau distal)
- d) Otot: tonus pada waktu relaksasi atau kontraksi, benjolan yang terdapat di permukaan atau melekat pada tulang. Selain itu juga diperiksa status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat benjolan perlu dideskripsikan permukaannya, konsistensinya, pergerakan terhadap dasar atau permukaannya, nyeri atau tidak, dan ukurannya.

Kekuatan otot : otot tidak dapat berkontraksi (1), kontraksi sedikit dan ada tekanan waktu jatuh (2), mampu menahan gravitasi tapi dengan sentuhan jatuh(3), kekuatan otot kurang (4), kekuatan otot utuh (5). ( Carpenito, 1999)

3) Move (pergerakan terutama lingkup gerak)

Setelah melakukan pemeriksaan feel, kemudian diteruskan dengan menggerakkan ekstremitas dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatatan lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya. Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan

mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metrik. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif. (Muttaqin, 2008).

## **II. Diagnosa Keperawatan**

### **1) Pre operasi**

1. Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena.
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (mis. trauma).
3. Gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan integritas struktur tulang
4. Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).
5. Ansietas b/d krisis situasional.
6. Risiko perdarahan b.d trauma.

### **2) Post operasi**

1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (mis. prosedur operasi).
2. Gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan integritas struktur tulang.
3. Risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit.

### III. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan perfusi perifer kembali efektif dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Perfusi Perifer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Akral membaik</li> <li>4. Turgor kulit membaik</li> <li>5. Denyut nadi perifer meningkat</li> </ol>	<p><b>SIKI : Perawatan Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</li> <li>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas)</li> <li>3. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keadaan pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui kondisi pasien dan mempercepat proses pemulihan</li> <li>3. Untuk mencegah terjadi infeksi</li> <li>4. Untuk meningkatkan kondisi pasien sesuai dengan prosedur dan mempercepat proses pemulihan</li> <li>5. Untuk mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien</li> </ol>

			saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa )	
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (mis. trauma, prosedur operasi)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Keluhan nyeri menurun</li> <li>7. Ekspresi meringis menurun</li> <li>8. Gelisah menurun</li> <li>9. Kesulitan tidur menurun</li> <li>10. Frekuensi nadi normal (60-100x/menit)</li> </ol>	<p><b>SIKI: Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan juga tanda-tanda perkembangan/resolusi komplikasi</li> <li>7. Membantu dalam mengidentifikasi derajat nyeri untuk kebutuhan pemberian analgesic yang tepat</li> <li>8. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya</li> <li>9. Untuk menghindari faktor memperberat nyeri</li> <li>10. Membantu pasien istirahat lebih efektif dan mampu mengalihkan nyeri yang dirasakan pasien</li> </ol>

			<p>8. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>11. Lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri</p> <p>12. Untuk mengatasi nyeri ketika nyeri muncul</p> <p>13. Penggunaan analgetik yang tepat dapat mengurangi nyeri</p> <p>14. Untuk membantu mengurangi nyeri sehingga meningkatkan kenyamanan</p>
3	Gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan integritas struktur tulang	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan pergerakan pasien kembali mandiri, dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Mobilitas Fisik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> </ol>	<p><b>SIKI: Dukungan Ambulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkak, kruk)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain</li> <li>2. Mengetahui batas toleransi dalam beraktivitas</li> <li>3. Membantu pasien dalam bergerak</li> <li>4. Mencegah terjadinya decubitus dan kaku otot</li> </ol>

		3. Rentang gerak (ROM) meningkat	4. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 7. Anjurkan melakukan ambulasi dini 8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjaladari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	5. Membantu pasien agar lebih aktif 6. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai prosedur ambulasi 7. Mencegah terjadinya kaku otot 8. Mencegah terjadinya kaku otot
4	Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tidak terjadi	<b>SIKI : Perawatan Luka</b> 1. Monitor karakteristik luka 2. Pertahankan teknik steril	1. Mempermudahkan perawat menentukan intervensi 2. Mencegah terjadinya resiko infeksi

		<p>kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Integritas Kulit dan Jaringan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mengalami kerusakan jaringan dan lapisan kulit</li> <li>2. Tidak terdapat kemerahan</li> <li>3. Tidak terdapat perdarahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>5. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</li> <li>6. Kolaborasi dengan pemberian antibiotik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Untuk mencegah masuknya kuman</li> <li>4. Mencegah terjadinya dekubitus</li> <li>5. Mempercepat proses penyembuhan luka</li> <li>6. Mempercepat penyembuhan dan mencegah infeksi</li> </ol>
5	Ansietas b/d krisis situasional	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Ansietas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI: Terapi Relaksasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Ciptakan lingkungan tenang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status kelelahan pasien dan tingkat kecemasan pasien</li> <li>2. Membantu dalam pemberian terapi atau teknik relaksasi</li> <li>3. Lingkungan yang tenang akan menurunkan stimulus dan mampu memberikan perasaan yang nyaman</li> </ol>

		2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	4. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (misal napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)	4. Posisi yang nyaman akan membuat pasien lebih rileks 5. Agar dapat mengatasi kecemasan secara mandiri dengan latihan yang sudah dipilih 6. Dengan mendemonstrasikan pasien akan merasa diperhatikan sehingga pasien mampu mengendalikan rasa cemasnya dengan latihan teknik relaksasi
6	Risiko perdarahan b.d trauma	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami resiko pendarahan dengan kriteria hasil :  <b>SLKI : Tingkat Perdarahan</b>	<b>SIKI : Pencegahan perdarahan</b>  1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit atau hemoglobin sebelum dan sesudah perdarahan	1. Untuk mengetahui adanya perubahan pada tubuh pasien 2. Nilai hematokrit / hemoglobin dapat dijadikan acuan untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan pasien mengalami perdarahan



		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>2. Kelembapan kulit meningkat</li> <li>3. Kadar hemoglobin membaik</li> <li>4. Hematokrit membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>5. Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Agar tidak memperburuk kondisi</li> <li>4. Memberikan pengetahuan bagi pasien mengenai tanda dan gejala perdarahan</li> <li>5. Agar suplai darah pasien tetap terpenuhi</li> </ol>
7	Risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Infeksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>SIKI: Pencegahan Infeksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>5. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi perkembangan masalah pasien</li> <li>2. Mengurangi risiko kontak infeksi dari orang lain</li> <li>3. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Mempertahankan daya tahan tubuh agar tidak mudah terinfeksi virus</li> <li>5. Mencegah atau mengatasi infeksi</li> </ol>



#### **IV. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah disusun.

#### **V. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang Anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan dengan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, *Planning*).

## DAFTAR PUTAKA

- Helmi, Z. N. 2012. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, Arif. 2013. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Mutaqqin, Arif. 2011. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC SLE/LES (Sistemik Lupus Eritematosus)*. Jilid 2. Hlm 221-226. Jogjakarta: Mediaction.
- Smeltzer. C.S & Bare.B (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OP HEMIARTHROPLASTY BIPOLAR  
NEGLECT CF NECK FEMUR SINISTRA  
DI RUANG HCU (PUSPANJALI) RSD MANGUSADA BADUNG  
TANGGAL 20-21 JUNI 2022**



**OLEH:**  
**NI PUTU ENY SURYANTINI**  
**NIP.197609152009012002**

**RUANG HCU PUSPANJALI RSD MANGUSADA BADUNG  
2022**

## PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS

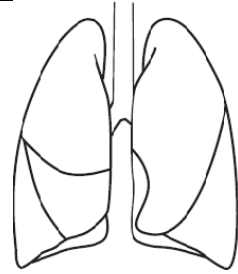
Nama Mahasiswa : Ni Putu Eny Suryantini :

NIP 197609152009012002

Tgl/ Jam : 20 Juni 2022/ 13.00 Wita			
Tanggal MRS : 20 Juni 2022			
Ruangan : HCU (Puspanjali) RSD Mangusada			
Diagnosis Medis: Post OP Hemiarthroplasty Bipolar Neglected Close Fraktur Neck Femur Sinistra			
IDENTITAS	Nama/Inisial : Tn. S	No.RM : 446276	
	Jenis Kelamin : Laki-Laki	Suku/ Bangsa : Indonesia	
	Umur : 65 tahun	Status Perkawinan : Kawin	
	Agama : Hindu	Penanggung jawab : Tn. D	
	Pendidikan : SD	Hubungan : Anak	
	Pekerjaan : Petani	Pekerjaan : Swasta	
	Alamat : Mengwi	Alamat : Mengwi	
RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN	Keluhan utama saat MRS: Nyeri pada pangkal paha kiri		
	Keluhan utama saat pengkajian: Nyeri pada pangkal paha kiri post operasi		
	Riwayat penyakit saat ini:		
	Pasien mengatakan jatuh kurang lebih 1 bulan yang lalu disawah dengan kaki kiri terperosok ke selokan. Namun pasien tidak merasakan sakit dan bisa pulang sendiri. Setelah beberapa hari setelah jatuh, pasien mengeluhkan pangkal paha kirinya terasa nyeri dan pasien hanya membawa ke klinik didekat rumah diantar oleh anaknya dan hanya diberikan obat pereda nyeri. Karena sakitnya tidak kunjung hilang akhirnya pasien diantar anaknya memeriksakan ke RSD Mangusada Badung. Pasien mengatakan 2x dilakukan rontgen dan didapat pasien mengalami patah pada tulang pangkal paha kiri (close fraktur neck femur sinistra). Dokter menyarankan untuk dilakukan operasi pada pangkal		

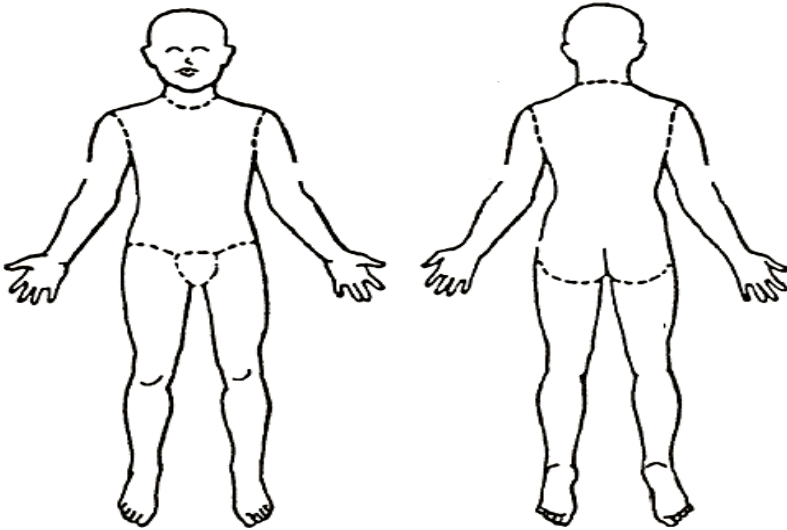
	<p>paha kiri pasien. Satu hari sebelum operasi, pasien dirawat di ruang Janger untuk persiapan operasi. Pasien dioperasi tanggal 20 Juni 2022 dan selesai operasi pasien dipindahkan ke ruang HCU (Puspanjali) untuk observasi pasca operasi.</p> <p>Riwayat <i>Allergi</i>:</p> <p>Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan, minuman, hewan, cuaca, obat-obatan dan zat kimia lainnya.</p> <p>Riwayat Pengobatan:</p> <p>Pasien mengatakan belum pernah dirawat sebelumnya.</p> <p>Riwayat penyakit sebelumnya dan Riwayat penyakit keluarga:</p> <p>Pasien mengatakan belum pernah dirawat. Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.</p>
<b>BREATHING</b>	<p>Jalan Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Paten</b>      <input type="checkbox"/> Tidak Paten</p> <p>Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Spontan</b>      <input type="checkbox"/> Tidak Spontan</p> <p>Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah      <input type="checkbox"/> Cairan      <input type="checkbox"/> Benda Asing      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Muntahan      <input type="checkbox"/> Darah      <input type="checkbox"/> Oedema</p> <p>Gerakan dinding dada: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Simetris</b>      <input type="checkbox"/> Asimetris</p> <p>Sesak Nafas : <input type="checkbox"/> Ada      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>Kedalaman Nafas: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Normal</b>      <input type="checkbox"/> Dangkal      <input type="checkbox"/> Dalam</p> <p>Pola Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Teratur</b>      <input type="checkbox"/> Tidak Teratur</p> <p>Jenis : <input type="checkbox"/> Dispnoe <input type="checkbox"/> Kusmaul      <input type="checkbox"/> Cyene Stoke      <input type="checkbox"/> Lain... ..</p> <p>Pernafasan Cuping hidung <input type="checkbox"/> Ada      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Retraksi otot bantu nafas : <input type="checkbox"/> Ada      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Deviasi Trakea : <input type="checkbox"/> Ada      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Pernafasan : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Pernafasan Dada</b>      <input type="checkbox"/> Pernafasan Perut</p> <p>Batuk : <input type="checkbox"/> Ya      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak ada</b></p> <p>Sputum: <input type="checkbox"/> Ya , Warna: ... .. Konsistensi: ... .. Volume: ... .. Bau: ... ..</p> <p style="padding-left: 40px;"><input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Emfisema S/C : <input type="checkbox"/> Ada      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p style="padding-left: 40px;"><input checked="" type="checkbox"/> <b>Vesikuler</b> <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi</p> <p>Alat bantu nafas: <input type="checkbox"/> OTT <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Trakeostomi</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Ventilator, Keterangan:</p>

	<p>Oksigenasi: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Nassal Kanul 2 LPM</b>   <input type="checkbox"/> Simpel mask   <input type="checkbox"/> Non RBT mask  <input type="checkbox"/> RBT Mask   <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Penggunaan selang dada : <input type="checkbox"/> Ada                      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Drainase :</p> <p>Trakeostomi : <input type="checkbox"/> Ada                      <input type="checkbox"/> Tidak Ada</p> <p>Kondisi trakeostomi:</p> <p>keterangan: ... ..</p> <p>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</p>
<b>BLOOD</b>	<p>Nadi :            <input checked="" type="checkbox"/> <b>Teraba</b>            <input type="checkbox"/> Tidak teraba            <input checked="" type="checkbox"/> N: 80x/mnt</p> <p>Irama Jantung: Reguler</p> <p>Tekanan Darah : 128/86 mmHg</p> <p>Pucat            : <input type="checkbox"/> Ya                      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b></p> <p>Sianosis        : <input type="checkbox"/> Ya                      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b></p> <p>CRT             : <input checked="" type="checkbox"/> <b>&lt; 2 detik</b>            <input type="checkbox"/> &gt; 2 detik</p> <p>Akral            : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Hangat</b>            <input type="checkbox"/> Dingin                      <input type="checkbox"/> S: 36,5 °C</p> <p>Pendarahan : <input type="checkbox"/> Ya                      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Turgor          : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Elastis</b>            <input type="checkbox"/> Lambat</p> <p>Diaphoresis: <input type="checkbox"/> Ya                      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Riwayat Kehilangan cairan berlebihan: <input type="checkbox"/> Diare   <input type="checkbox"/> Muntah   <input type="checkbox"/> Luka bakar</p> <p>JVP: -</p> <p>CVP: -</p> <p>Suara jantung: S1 S2 Tunggal Regular</p> <p>IVFD : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ya</b>   <input type="checkbox"/> Tidak, Jenis cairan: Nacl 0,9 %</p> <p>keterangan: ... ..</p> <p>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</p>
<b>BRAIN</b>	<p>Kesadaran: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Composmentis</b>   <input type="checkbox"/> Delirium   <input type="checkbox"/> Somnolen   <input type="checkbox"/> Apatis   <input type="checkbox"/> Koma</p> <p>GCS             : <input type="checkbox"/> Eye 4            <input type="checkbox"/> Motorik 6                      <input type="checkbox"/> Verbal 5</p> <p>Pupil            : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Isokor</b>            <input type="checkbox"/> Unisokor                      <input type="checkbox"/> Pinpoint            <input type="checkbox"/> Midriasis</p> <p>Refleks Cahaya: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ada</b>   <input type="checkbox"/> Tidak Ada</p> <p>Refleks Muntah: <input type="checkbox"/> Ada   <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak Ada</b></p> <p>Refleks fisiologis: <input type="checkbox"/> Patela (+/-)   <input type="checkbox"/> Lain-lain ... ..</p> <p>Refleks patologis : <input type="checkbox"/> Babinkzy (+/-)   <input type="checkbox"/> Kernig (+/-)   <input type="checkbox"/> Lain-lain ... ..</p> <p>Refleks pada bayi: <input type="checkbox"/> Refleks Rooting (+/-)   <input type="checkbox"/> Refleks Moro (+/-)</p> <p>(Khusus PICU/NICU) <input type="checkbox"/> Refleks Sucking (+/-)</p>





	<p>Bicara : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Lancar</b>   <input type="checkbox"/> Cepat   <input type="checkbox"/> Lambat</p> <p>Tidur malam : 8 jam   Tidur siang : 1 jam</p> <p>Ansietas : <input type="checkbox"/> Ada   <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak ada</b></p> <p>Nyeri : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ada</b>   <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R: Nyeri di pangkal paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>keterangan: ... ..</p> <p>Masalah Keperawatan: Nyeri Akut</p>
<b>BLADDER</b>	<p>Nyeri pinggang: <input type="checkbox"/> Ada   <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b></p> <p>BAK : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Lancar</b>   <input type="checkbox"/> Inkontinensia   <input type="checkbox"/> Anuri</p> <p>Nyeri BAK : <input type="checkbox"/> Ada   <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak ada</b></p> <p>Frekuensi BAK : -   Warna: Kuning jernih   Darah : <input type="checkbox"/> Ada   <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak ada</b></p> <p>Kateter : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ada</b>   <input type="checkbox"/> Tidak ada, Urine output: 180 cc/ 3 jam</p> <p>keterangan: ... ..</p> <p>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</p>
<b>BOWEL</b>	<p>Keluhan : <input type="checkbox"/> Mual   <input type="checkbox"/> Muntah   <input type="checkbox"/> Sulit menelan</p> <p>TB : 172 cm   BB : 63 kg</p> <p>Nafsu makan : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Baik</b>   <input type="checkbox"/> Menurun</p> <p>Makan : Frekuensi 3 x/hr   Jumlah: 1 porsi</p> <p>Minum : Frekuensi 8 gls /hr   Jumlah: 1800 cc/hr</p> <p>NGT: -</p> <p>Abdomen : <input type="checkbox"/> Distensi   <input type="checkbox"/> Supel   <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Bising usus: +</p> <p>BAB : <input checked="" type="checkbox"/> <b>Teratur</b>   <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Frekuensi BAB : 1 x/hr   Konsistensi: lembek   Warna: kuning kecoklatan, tidak ada darah, tidak ada lendir</p> <p>Stoma: -</p> <p>keterangan: ... ..</p>

	Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan		
<b>BONE</b> <i>(Muskuloskeletal &amp; Integumen)</i>			
	Deformitas	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Contusio	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Abrasi	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Penetrasi	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Laserasi	: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ya</b> <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Lokasi: Post Op Neck Femur Sinistra
	Edema	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Luka Bakar	: <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> <b>Tidak</b>	<input type="checkbox"/> Lokasi ... ..
	Grade : ...		Luas ... %
	Jika ada luka/ vulnus, kaji: Luas Luka : ... .. Warna dasar luka: Kedalaman : ... ..		<b>Keterangan:</b> 0: Mandiri 1: Alat bantu 2: Dibantu orang lain 3: Dibantu orang lain dan alat 4: Tergantung total
Aktivitas dan latihan	: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4		
Makan/minum	: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		

	Mandi	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	Toileting	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	Berpakaian	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Mobilisasi di tempat tidur	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	Berpindah	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	Ambulasi	:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	keterangan: ... ..						
Masalah Keperawatan: Gangguan Mobilitas Fisik							

(Fokus pemeriksaan pada daerah trauma/sesuai kasus non trauma)

Kepala dan wajah:

I : Normocephal, persebaran rambut merata, rambut hitam terdapat uban, kulit kepala bersih, pergerakan bola mata simetris, bentuk mata simetris, tidak ada perubahan warna kulit pada wajah, mukosa bibir kering, tidak ada sianosis.

P : tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada nyeri pada sinus, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, tidak ada edema.

Leher:

I : Bentuk normal

P : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada nyeri saat menelan.

Dada:

I : bentuk simetris, tidak ada jejas, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada perubahan warna kulit.

A : suara jantung S1S2 tunggal reguler, suara paru vesikuler

P : suara perkusi paru sonor

P : Taktil premitus ictus cordis teraba di ICS V

Abdomen dan Pinggang:

I : Bentuk simetris, warna kulit sawo matang, tidak ada jejas, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada kelainan bentuk tulang belakang.

A : bising usus +

P : Suara timpani

P : tidak ada distensi abdomen

Pelvis dan Perineum:

Tidak ada kelainan pada daerah pelvis dan kelamin, tidak ada hemoroid.

Ekstremitas:

Atas:

I : Simetris kanan dan kiri, turgor kulit elastis, terpasang infus IVFD NACL 0,9 % pada tangan kanan

P : akral hangat, CRT < 2 detik

Bawah:

I: Simetris kanan dan kiri, turgor kulit elastis, terdapat luka bekar operasi di paha bagian kiri

P: akral hangat, CRT < 2 detik

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan jika dirinya dan keluarga sakit akan dibawa ke pelayanan kesehatan

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari, porsi makanan 1 piring dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur. Minum kurang lebih 1500cc per hari. Setelah sakit pasien mengatakan nafsu makannya tidak ada terganggu, pasien makan 3x sehari dengan menu diet rs, dengan lauk, pauk dan sayuran.

3. Aktivitas dan Latihan

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

0: mandiri,

2: dibantu orang,

4: tergantung total

1: menggunakan alat bantu, 3: dibantu orang lain dan alat,

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas dan latihan secara mandiri. Setelah sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga

4. Tidur dan Istirahat

Waktu tidur (jam) :

Sebelum MRS : Sore hari pukul 13.00-15.00

Malam hari pukul 21.00-06.00

Setelah MRS : Siang hari pukul 13.00-15.00

Malam hari pukul 23.00-06.00

Lama tidur/hari : Sebelum MRS 8-10 jam/hari, setelah MRS 6-7jam/hari dan sering terbangun

pada malam hari, karena merasakan nyeri pada paha kanan daerah operasi.

5. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK  $\pm$  5-6x sehari dengan urine berwarna kekuningan, pada saat sakit BAK  $\pm$  5x sehari dengan urin berwarna kekuningan. Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi lembab dan berwarna kuning, pada saat sakit BAB pasien 1 x sehari, konsistensi lembab, berwarna kuning.

6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan dirinya seorang kepala keluarga, pasien tidak mengalami gangguan pada konsep diri

7. Peran dan Hubungan Sosial

Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya senang menjalani aktivitas sehari – hari karena mempunyai banyak teman dan aktif dalam kegiatan gotong royong di banjar.

	<p>Saat sakit pasien mengatakan selama sakit dan dirawat di RS keluarga dan teman – temannya masih peduli dan selalu menjenguk dirinya.</p> <p>8. Pola Seksual dan Reproduksi</p> <p>Pasien mengatakan seorang laki-laki, sudah menikah dan memiliki anak cucu</p> <p>9. Kognitif Perseptual</p> <p>Pasien mengatakan sebelum sakit maupun saat sakit pasien mampu berkomunikasi dengan baik, memiliki kesadaran baik, dan terbiasa berbicara menggunakan bahasa Bali. Pasien tidak memiliki gangguan pada panca indera.</p> <p>10. Manajemen Koping</p> <p>Pasien mengatakan sebelum sakit maupun saat sakit jika pasien ada masalah ia selalu menceritakan kepada keluarganya.</p> <p>11. Pola Nilai dan Kepercayaan</p> <p>Pasien menganut kepercayaan agama hindu, pasien tidak ada menganut kepercayaan lain yang bertentangan dengan kesehatan. Pasien mengatakan pasien berasal dari Br. Delod Bale Agung, Mengwi. Pasien menganut kepercayaan agama hindu, pasien juga masih dapat berinteraksi dengan keluarga atau tetangga saat berkunjung ke rumah, pasien tidak ada menganut kepercayaan lain yang bertentangan dengan kesehatan.</p> <p>12. Manajemen Koping</p> <p>Pasien mengatakan sebelum sakit maupun saat sakit jika pasien ada masalah ia selalu menceritakan kepada keluarganya.</p>
--	--

## PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hari/Tgl/Jam	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal	Interprestasi
Rabu/ 20	Eritrosit	4,5 10 <sup>6</sup> / Ul	4,2- 5,40	Normal
April 2022/	Hemoglobin	11,6 g/Dl	12,0- 16,0	Normal
13.30 Wita	Hematokrit	35,3 %	37,0 – 47,0	Normal
	Glukosa darah	80 mg/ dl	80-200	Normal
	Albumin	4,0 g/ dl	3,80- 5,10	Normal

## TERAPI

Hari/Tgl/Jam	Jenis terapi	Dosis	Rute	Fungsi	Efek Samping
Kamis/ 21 April 2022 / 13.30 wita	IVFD NaCl 0,9%	20 tpm	IV	Pengobatan dehidrasi isotonik ekstraseluler, deplesi natrium, dan sebagai pelarut sediaan injeksi	Tangan/kaki mengalami bengkak, nyeri sendi, kaku, kram otot, sakit kepala, mual
	Ceftriaxone	2 x 1 gr (@12 jam)	IV	Infeksi bakteri yang terjadi pada tubuh	Nyeri, mual, muntah, pusing
	Keterolac	2 x 30mg (@12 jam)	IV	Untuk mengatasi nyeri sedang sampai nyeri yang berat	Mual dan muntah, peningkatan tekanan darah, mulut kering, sariawan



## ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN KRITIS

**Nama Klien:** Tn. S

**Dx. Medis:** Post Op Hemiarthroplasty Bipolar Neglect Cf Neck Femur Sinistra

No	Data Subyektif & Obyektif	Interpretasi	Diagnosa Keperawatan
1	<p>DS:</p> <p>P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R: Nyeri di pangkal paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>• TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 88x/ menit</li> <li>- Tekanan darah 128/ 86 mmHg</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- S: 36,5 °C</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan operasi</p> <p>↓</p> <p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Merusak jaringan dan merobek kulit</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>Ditangkap reseptor nyeri perifer</p> <p>↓</p> <p>Dibawa ke otak</p> <p>↓</p> <p>Otak memberikan sinyal ke perifer bahwa ada perseps nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut

2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>ADL dibantu dengan orang lain</li> </ul>	<p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Keterbatasan dalam pergerakan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
---	---	---	---------------------------------

**Diagnosa Keperawatan:**

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (mis. trauma, prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri, Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam, R: Nyeri di pangkal paha kiri, S: Skala nyeri 6 (0-10), T: Nyeri saat digerakkan, Pasien tampak meringis kesakitan TTV: Nadi 88x/ menit, Tekanan darah 128/ 86 mmHg, RR : 20x/menit , S: 36,5 °C
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan, pasien tampak lemas, ADL dibantu dengan orang lain.

## RENCANA KEPERAWATAN KRITIS

Nama Klien: Tn. S

Umur/JK: 65 Th/ Laki-Laki No. RM: 446276

Dx. Medis: Post Op Hemiarthroplasty Bipolar Neglect Cf Neck Femur Sinistra

Hari/Tanggal: Senin, 20 Juni 2022

No. Dx	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (mis. trauma, prosedur operasi)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <b>SLKI: Tingkat Nyeri</b> 11. Keluhan nyeri menurun 12. Ekspresi meringis menurun 13. Skala nyeri menurun (6-2)	<b>SIKI: Manajemen nyeri</b> 10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 11. Identifikasi skala nyeri 12. Identifikasi respon nyeri non verbal 13. Identifikasi faktor yang memperberat	15. Mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan juga tanda-tanda perkembangan/resolusi komplikasi 16. Membantu dalam mengidentifikasi derajat nyeri untuk kebutuhan pemberian analgesic yang tepat 17. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya 18. Untuk menghindari

			<p>dan memperingan nyeri</p> <p>14. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>15. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>16. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>faktor memperberat nyeri</p> <p>19. Membantu pasien istirahat lebih efektif dan mampu mengalihkan nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>20. Lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri</p> <p>21. Untuk mengatasi nyeri ketika nyeri muncul</p> <p>22. Penggunaan analgetik yang tepat dapat mengurangi nyeri</p> <p>23. Untuk membantu mengurangi nyeri sehingga meningkatkan kenyamanan</p>
--	--	--	---	--

2	Gangguan mobilitas fisik b/d kerusakan integritas struktur tulang	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pergerakan pasien kembali mandiri, dengan kriteria hasil:</p> <p><b>SLKI: Mobilitas Fisik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>5. Lemas berkurang</li> <li>6. ADL secara mandiri</li> </ol>	<p><b>SIKI: Dukungan Ambulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat, kruk)</li> <li>4. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>7. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain</li> <li>10. Mengetahui batas toleransi dalam beraktivitas</li> <li>11. Membantu pasien dalam bergerak</li> <li>12. Mencegah terjadinya decubitus dan kaku otot</li> <li>13. Membantu pasien agar lebih aktif</li> <li>14. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai prosedur ambulasi</li> <li>15. Mencegah terjadinya kaku otot</li> </ol>
---	---	---	--	--

			<p>8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjaladari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>	<p>16. Mencegah terjadinya kaku otot</p>
--	--	--	--	--

## TINDAKAN KEPERAWATAN KRITIS

**Nama Klien : Tn. S**

**Dx. Medis: Post Op Hemiarthroplasty Bipolar Neglect Cf Neck Femur Sinistra**

<b>Tgl/Jam</b>	<b>No. Dx</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
20 Juni 2022 13.30 Wita	1, 2	– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, respon nyeri non-verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, keluhan fisik lainnya	<p>DS:</p> <p>P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R: Nyeri di pangkal paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>• Pasien tampak lelah</li> <li>• ADL dibantu orang lain</li> <li>• TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 80x/ menit</li> <li>- Tekanan darah 128/ 86 mmHg</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- S: 36,5 °C</li> </ul> </li> </ul>	(Eny)

16.00 Wita	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>– Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> </ul>	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kakinya karena nyeri</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak meringis, pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat</p>	(Eny)
16.30 Wita	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)</li> <li>– Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ul>	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak meringis, pasien tampak mampu melakukan arahan perawat, kondisi ruangan pasien nyaman</p>	(Eny)
20.00 Wita	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delegasi pemberian analgetik Ceftriaxone 1 mg IV Ketorolac 30mg IV</li> </ul>	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>Obat masuk, reaksi alergi tidak ada</p>	(Eny)
21 Juni 2022 07.30 Wita	1,2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, respon nyeri non-verbal, faktor yang memperberat dan</li> </ul>	<p>DS:</p> <p>P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R: Nyeri di pangkal paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 5 (0-10)</p>	



		memperingan nyeri, keluhan fisik lainnya	<p>T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>• Pasien sudah tidak tampak lelah dan lemas</li> <li>• ADL dibantu orang lain</li> <li>• TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 86x/ menit</li> <li>- Tekanan darah 122/ 83 mmHg</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- S: 36,3 °C</li> </ul> </li> </ul>	(Eny)
08.00 Wita	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delegasi pemberian analgetik Ceftriaxone 1 mg IV</li> <li>Ketorolac 30mg IV</li> </ul>	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>Obat masuk, reaksi alergi tidak ada</p>	(Eny)
09.00 Wita	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)</li> <li>– Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ul>	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak meringis, pasien tampak mampu melakukan arahan perawat, kondisi ruangan pasien nyaman</p>	(Eny)

10.00 Wita	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>– Menganjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ul>	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan apa yang diarahkan perawat</p> <p>DO: Keluarga pasien tampak mengerti</p>	(Eny)
11.00 Wita	1, 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dentifikasi skala nyeri, respon nyeri non-verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, keluhan fisik lainnya</li> </ul>	<p>DS: P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam R: Nyeri di pangkal paha kiri S : Skala nyeri 5 (0-10) T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>• Pasien sudah tidak tampak lelah dan lemas</li> <li>• ADL dibantu orang lain</li> <li>• TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 82x/ menit</li> <li>- Tekanan darah 120/ 81 mmHg</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- S: 36,1 °C</li> </ul> </li> </ul>	(Eny)

## EVALUASI KEPERAWATAN KRITIS

**Nama Klien: Tn. S**

**Dx. Medis: Post Op Hemiarthroplasty Bipolar Neglect Cf Neck Femur Sinistra**

**Hari/Tanggal: Jumat, 21 Juni 2022**

**Jam: 12.00 Wita**

No. Dx	Evaluasi	Paraf
1	<p>S: Pasien menyatakan nyeri berkurang pada kaki kiri di daerah bekas operasi</p> <p>P: Nyeri disebabkan adanya luka post operasi di pangkal paha kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R: Nyeri di pangkal paha kiri</p> <p>S : Skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>T : Nyeri saat digerakkan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak meringis kesakitan</li><li>• TTV :<ul style="list-style-type: none"><li>- Nadi 82x/ menit</li><li>- Tekanan darah 120/ 81 mmHg</li><li>- RR : 22x/menit</li><li>- S: 36,1 °C</li></ul></li></ul> <p>A:</p> <p>Masalah pasien teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap biasa (Janger)</p>	(Eny)

2	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena nyeri pada kaki kiri saat digerakkan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien sudah tidak tampak lelah dan lemas</li> <li>• ADL dibantu orang lain</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap biasa (Janger)</p>	(Eny)