

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Open Fraktur Femur**

##### **1. Definisi**

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Helmi, 2016).

Fraktur terbuka merupakan salah satu jenis fraktur dimana kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah juga ikut menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya (Black & Hawks, 2014).

Fraktur femur adalah terputus atau hilangnya kontinuitas tulang femur, kondisi fraktur femur ini secara klinis dapat berupa fraktur femur terbuka yang disertai dengan kerusakan jaringan lainnya (otot, saraf, kulit, pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang dapat disebabkan oleh trauma pada paha secara langsung (Helmi, 2016).

Fraktur femur adalah rusaknya kontinuitas tulang paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang/osteoporosis. Hilangnya kontinuitas tulang paha tanpa atau disertai adanya kerusakan jaringan lunak seperti otot, kulit, jaringan saraf dan pembuluh darah . Fraktur femur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik. Komplikasi yang

timbul akibat fraktur femur antara lain perdarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak, sindroma pernafasan, selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cedera pada femur akan berakibat fatal, oleh karena itu diperlukan tindakan segera (Suriya & Zurianti, 2019)

Fraktur femur adalah suatu patahan kontinuitas struktur tulang pada paha yang ditandai adanya deformitas yang jelas yaitu pemendekan tulang mengalami masalah fraktur dan hambatan mobilitas yang nyata (Muttaqin, 2011).

## **2. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

### **a. Deformitas**

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.

### **b. Pembengkakan**

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi darah ke jaringan sekitar.

### **c. Memar**

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

### **d. Spasme otot**

Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

### **e. Nyeri**

Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur,

intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing klien. Nyeri biasanya terus-menerus, meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.

f. Ketegangan

Ketegangan di atas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

g. Kehilangan fungsi

Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera saraf.

h. Gerakan abnormal dan krepitasi

Manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur.

i. Perubahan neurovascular

Cedera neurovaskuler terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.

j. Syok

Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok (Priscilla & Karen, 2018).

**3. Pemeriksaan penunjang**

a. Foto rontgen

Untuk mengetahui lokasi dan luasnya fraktur atau trauma yang terjadi pada tulang. Hasil yang ditemukan pada pemeriksaan tampak gambar patahan tulang.

b. CT-Scan

Untuk melihat rincian bidang tertentu tulang yang terkena dan dapat memperlihatkan fraktur secara lebih jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak tulang

c. MRI (*magnetic resonance imaging*)

Untuk melihat abnormalitas (misalkan : Tumor atau penyempitan jalur jaringan lunak melalui tulang) jaringan lunak seperti tendon, otot, tulang rawan.

d. Arteriogram

Memastikan ada atau tidaknya kerusakan vaskuler.

e. Angiografi

Untuk melihat struktur vascular dimana sangat bermanfaat untuk mengkaji perfusi arteri.

f. Pemeriksaan darah lengkap

Untuk melihat kadar hemoglobin. Hasil yang ditemukan biasanya lebih rendah bila terjadi pendarahan karena trauma.

g. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

h. Pemeriksaan sel darah putih

Untuk melihat kehilangan sel padasisi luka dan respon inflamasi terhadap cedera. Hasil yang ditemukan pada pemeriksaan yaitu leukositosis. (Rudi & Maria, 2020).

#### **4. Penatalaksanaan**

a. *Recognition*

Prinsip pertama adalah mengetahui dan menilai keadaan fraktur dengan anamnesis, pemeriksaan klinis dan radiologis. Pada awal pengobatan perlu

diperhatikan yaitu lokalisasi fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan, komplikasi yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengobatan.

b. *Reduction*

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Reduksi fraktur (setting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan anatomis. Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur.

Pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya dengan manipulasi dan traksi manual. Ekstremitas dipertahankan dalam posisi yang diinginkan, sementara gips, bidai dan alat lain di pasang oleh dokter. Alat imobilisasi akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang.

Traksi dapat dilakukan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi. Sinar X digunakan untuk memantau reduksi fraktur dan aproksimasi fragmen tulang. Ketiga tulang sembuh, akan terlihat pembentukan kalus pada sinar X. Ketika kalus telah kuat dapat dipasang gips atau bidai untuk melanjutkan imobilisasi

Reduksi terbuka dilakukan dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi alat fiksasi interna (ORIF) dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi.

Metode tertentu yang dipilih tergantung sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Reduksi fraktur segera mungkin dilakukan untuk

mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan perdarahan

c. *Retention*

Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi atau disejajarkan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Sasarannya adalah mempertahankan reduksi di tempatnya sampai terjadi penyembuhan. Metode untuk mempertahankan imobilisasi adalah dengan eksternal seperti bebat, brace, case, pen dalam plester, fiksator eksterna, traksi, balutan. Dan alat-alat internal seperti nail, lempeng, sekrup, kawat, batang, dan lain-lain.

d. *Rehabilitation*

Sasaran dari rehabilitasi ini adalah meningkatkan kembali fungsi dan kekuatan normal pada bagian yang sakit. Untuk mempertahankan dan memperbaiki fungsi dengan mempertahankan reduksi dan imobilisasi adalah peninggian untuk meminimalkan bengkak, memantau status neurovaskuler, mengontrol ansietas dan nyeri, latihan isometric dan pengaturan otot, partisipasi dalam aktivitas hidup sehari-hari, dan melakukan aktivitas kembali secara bertahap dapat memperbaiki kemandirian fungsi. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan terapeutik. Rehabilitasi yang dapat dilakukan adalah dengan fisioterapi berupa latihan. Terapi latihan adalah usaha pengobatan dalam fisioterapi yang pelaksanaannya menggunakan latihan-latihan gerakan tubuh, baik secara aktif maupun pasif. Pada umumnya, sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi latihan, bagian yang operasi dalam keadaan dielevasikan sekitar 30o.

## B. Konsep dasar nyeri akut pada pasien open fraktur femur

### 1. Pengertian

Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Adapun pengukuran intensitas nyeri yaitu :

#### a. *Face pain scale*

Skala wajah untuk menilai nyeri dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan akan cara penilaian yang dapat digunakan untuk anak-anak. Perkembangan kemampuan verbal dan pemahaman konsep merupakan hambatan utama ketika menggunakan cara-cara penilaian nyeri yang telah dikemukakan di atas untuk anak-anak usia kurang dari tujuh tahun. Skala wajah dapat digunakan untuk anak-anak, karena anak-anak dapat diminta untuk memilih gambar wajah sesuai rasa nyeri yang dialaminya. Pilihan ini kemudian diberi skor angka. Skala wajah Whaley dan Wong menggunakan enam kartun wajah, yang menggambarkan wajah tersenyum, wajah sedih, sampai menangis dan tiap wajah ditandai.



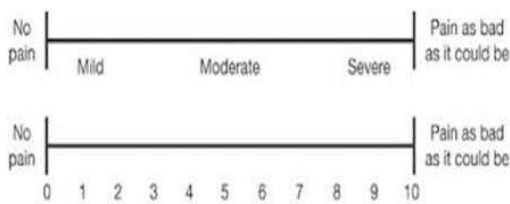
Gambar 2.1 : Skala Whaley dan Wong

(Sumber : Baultch, 2016)

#### b. *Verbal analog scale (VAS)*

VAS adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10cm, dengan atau

tanpa tanda pada tiap centimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya yang sangat mudah dan sederhana. Farmasis dapat segera menggunakannya sebagai penilaian cepat pada hampir semua situasi praktek farmasi namun pada periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena pada VAS diperlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya reda rasa nyeri.



Gambar 2.2 : *Visual analog scale*

(Sumber : Potter and Perry,2010)

c. *Verbal deskriptif scale*

Cara pengukuran derajat nyeri dengan tujuh skala penilaian yaitu nilai 1 : tidak nyeri, nilai 2: nyeri sangat ringan,nilai 3 : nyeri ringan, nilai 4 : nyeri tidak begitu berat, nilai 5 : nyeri cukup berat, nilai 6 : nyeri berat, nilai 7 : nyeri tak tertahankan

d. Skala lima tingkat

Skala lima tingkat merupakan parameter pengukuran derajat nyeri dengan memakai 5 skala, yaitu derajat :

0 = Tidak nyeri, tidak ada rasa nyeri waktu istirahat dan aktivitas.

1 = Minimal, istirahat tidak ada nyeri, perasaan nyeri timbul sewaktu bekerja lama,berat, dan pada penekanan kuat terasa sakit.

2 = Ringan, rasa sakit terus menerus dan kadang tibul sewaktu. Tetapi masih bisa diabaikan /tidak mengganggu, LGS normal, pada penekanan kuat terasa sakit, fleksi dan ekstensi sakit.



3 = Sedang, keluhan seperti pada derajat 2, ditambah keluhan tersebut mengganggu aktivitas.

4 = Hard, nyeri menyulitkan hampir tak tertahankan dan gerakan fleksi/ekstensi hampir tidak ada /tidak mampu.

## **2. Data mayor dan minor**

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh nyeri

Objektif:

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: -

Objektif:

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Bersikap Protektif
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **3. Faktor penyebab**

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **4. Penatalaksanaan**

- a. Definisi teknik relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan nyeri teknik relaksasi nafas dalam juga meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2013).

Teknik relaksasi dalam merupakan relaksasi yang mudah dipelajari secara mandiri untuk menurunkan atau meredakan intensitas nyeri dengan mengurangi tekanan otot, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Black, 2014).

Teknik nafas dalam merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri (Ahmad, 2015).

b. Tujuan teknik relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam saat ini masih menjadi metode relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena pernafasan itu sendiri merupakan tindakan yang dapat dilakukan secara normal tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, meningkatkan relaksasi otot, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan (Smeltzer & Bare, 2013).

c. Indikasi teknik relaksasi nafas dalam

Adapun indikasi teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk merileksasikan otot sekelet yang mengalami spasme atau ketegangan yang disebabkan oleh insisi/trauma jaringan saat pembedahan, saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam, relaksasi otot skeletal akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan nyeri, relaksasi nafas dalam di indikasikan pada pasien yang mengalami stres, pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif, pasien yang mengalami kecemasan, pasien mengalami gangguan pada kualitas istirahatnya terutama yang memiliki gangguan kualitas tidur insomnia (Aryani, 2019).

d. Efektivitas teknik relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada

klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi dalam darah (Andarmoyo,2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurhayani (2016) tentang Efektivitas Relaksasi Nafas dalam Terhadap Tingkat Nyeri Kontraksi Uterus Kala I Aktif Pada Persalinan Normal. Dari hasil analisis data tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa metode relaksasi nafas dalam merupakan salah satu cara yang efektif dalam upaya mengurangi nyeri kala I aktif pada pasien persalinan normal di Ruangan Delina RSUD Bahteramas. Total responden yang mengalami nyeri sedang dengan skala nyeri 4 (0-10) yaitu 30 responden setelah diberikan teknik relaksasi selama 15 menit, dari 30 responden persalinan normal diperoleh tingkat nyeri kontraksi uterus kala I aktif sebanyak 20 responden mengalami nyeri ringan dengan skala nyeri 3 (0-10) dan sebanyak 10 responden masih mengalami nyeri sedang dengan skala nyeri 4 (0-10). Hal ini menunjukkan bahwa  $p=0,0001$  ( $p < 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan pada saat setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam selama 15 menit, banyak manfaat yang dirasakannya seperti menimbulkan kondisi rileks, mereka juga dapat melepaskan ketegangan otot, menghilangkan stres dan memberikan perasaan nyaman pada ibu.

Penelitian terkait teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri telah banyak dilakukan dengan variabel yang berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2019) dengan judul “Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri pada lansia dengan rheumatoid arthritis di Panti Wredha Gria Asih Lawang” yang dilakukan selama satu bulan dari 3 oktober sampai 31 oktober 2015, menunjukkan dari 10 responden yang diklasifikasikan empat orang

mengalami nyeri ringan dan 6 mengalami nyeri sedang . Setelah dilakukan empat kali pemberian teknik relaksasi nafas dalam dari sepuluh orang responden didapatkan hasil 5 orang mengalami nyeri sedang dan 5 orang mengalami nyeri ringan. Namun bila dilihat dari skala nyeri masing-masing responden, semua responden mengalami penurunan persepsi nyeri. Penelitian tersebut membuktikan bahwa persepsi nyeri dapat diturunkan dengan teknik relaksasi nafas dalam.

Penelitian lain juga dilakukan oleh Yusrizal (2012) yang berjudul “Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan tingkat skala nyeri pasien pasca apendiktomi di ruang bedah RSUD Dr. M. Zein Painan”. Penelitian ini menggunakan pasien pasca apendiktomi yang mengalami nyeri sebanyak 20 orang. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan terdapat penurunan sebesar 3,50 skala nyeri. dan secara keseluruhan dapat dibuktikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lase (2015) dengan judul “pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada ibu post operasi sectio caesaria (SC) di RSUP H. Adam Malik Medan” dengan mengambil sampel sebanyak 21 orang ibu yang post operasi sectio caesaria, Menunjukkan mean intervensi rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 8,52 dan rata-rata skala nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 4,43. Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi intensitas nyeri post operasi.

- e. Standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam
- 1) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas.
  - 2) Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
  - 3) Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara.
  - 4) Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega.
  - 5) Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit).
  - 6) Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh.
  - 7) Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya.
  - 8) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.
  - 9) Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari.

## **C. Asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien open fraktur femur**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan gawat darurat ditujukan untuk Mendeskripsikan kondisi pasien saat datang dan adakah risiko yang membahayakan atau mengancam kehidupan dari pasien. Pengkajian dalam keperawatan gawat darurat dilakukan dengan *primary survey* dan *secondary survey* (Sheehy, 2013).

#### **a. Primary survey**

##### 1) *Airway*:

- a) Memastikan kepatenan jalan napas tanpa adanya sumbatan atau obstruksi.
- b) Atur posisi : posisi kepala flat dan tidak miring ke satu sisi untuk mencegah penekanan/bendungan pada vena jugularis
- c) Cek adanya pengeluaran cairan dari hidung, telinga atau mulut

##### 2) *Breathing*:

Mengkaji fungsi pernapasan berupa:

- a) Jenis pernapasan
- b) Frekuensi pernapasan
- c) Retraksi otot bantu pernapasan
- d) Kelainan dinding toraks
- e) Bunyi napas
- f) Hembusan napas

##### 3) *Circulation*:

- a) Kaji tingkat kesadaran pasien
- b) Adakah perdarahan (*internal/external*)
- c) CRT

- d) Cek tekanan darah
- e) Cek nadi karotis, dan akral perifer

4) *Disability:*

- a) Kaji tingkat kesadaran sesuai GCS
- b) Refleks fisiologis
- c) Reflek patologis
- d) Kekuatan otot

**b. Secondary Survey**

1) Identitas pasien

Identitas pasien berisikan nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, kewarganegaraan, suku, pendidikan, alamat, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab berisikan nama, hubungan dengan pasien, alamat dan nomor telepon.

3) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) *Provoking Incident:* apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of Pain:* seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region : radiation, relief:* apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.



- d) *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

#### 4) Riwayat Kesehatan

##### a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap pasien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi. Selain itu, dapat mengetahui mekanisme terjadinya peristiwa atau kejadian lainnya.

##### b) Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu dapat menghambat proses penyembuhan tulang.

##### c) Riwayat kesehatan keluarga

Di dapatkan dari riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit pasien sekarang (DM, hiperensi, penyakit sistem perkemihan).

##### d) Riwayat alergi

Perlu dikaji apakah pasien memiliki alergi terhadap makanan, binatang, ataupun obat-obatan yang dapat mempengaruhi kondisi pasien.

e) Riwayat obat-obatan

Mencakup obat-obatan apa saja yang dikonsumsi oleh pasien selama ini.

5) Riwayat pola fungsional Gordon

a) Pola persegi dan pemeliharaan Kesehatan pasien

Berisi pandangan pasien tentang keadaannya saat ini, apa yang dirasakan tentang kesehatannya sekarang.

b) Pola nutrisi dan metabolik

Mengkaji nafsu makan pasien saat ini, makanan yang biasa dimakan, frekuensi dan porsi makanan serta berat badan pasien. Gejalanya adalah pasien tampak lemah, terdapat penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan. Tandanya adalah anoreksia, mual, muntah, asupan nutrisi dan air naik atau turun.

c) Pola eliminasi

Mengkaji warna, frekuensi dan bau dari urine pasien. Kaji juga apakah pasien mengalami konstipasi atau tidak, serta bagaimana warna, frekuensi dan konsistensi feses pasien. Gejalanya adalah terjadi ketidakseimbangan antara output dan input. Tandanya adalah penurunan BAK, pasien terjadi konstipasi, terjadi peningkatan suhu dan tekanan darah atau tidak sinkronnya antara tekanan darah dan suhu.

d) Pola aktivitas dan Latihan

Kaji apakah pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri, di bantu atau sama sekali tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri. Dalam hal ini juga dapat dikaji apakah pasien pernah jatuh atau tidak dengan menggunakan pengkajian resiko jatuh.

Gejalanya adalah pasien mengatakan lemas dan tampak lemah, serta pasien tidak dapat menolong diri sendiri. Tandanya adalah aktifitas dibantu sebagian atau penuh.

e) Pola istirahat dan tidur

Kaji bagaimana istirahat dan tidur pasien. Apakah ada kebiasaan saat tidur maupun kebiasaan pengantar tidur, adakah hal yang mengganggu saat akan tidur, apakah sering terbangun di malam hari dan berapa jam tidur pasien setiap hari. Gejalanya adalah pasien terlihat mengantuk, letih dan terdapat kantung mata dan pasien terlihat sering menguap.

f) Pola persepsi dan kognitif

Kaji apakah ada penurunan sensori dan rangsang. Tandanya adalah penurunan kesadaran seperti ngomong ngantur dan tidak dapat berkomunikasi dengan jelas.

g) Pola hubungan dengan orang lain

Kaji bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang disekitarnya, baik keluarga maupun tenaga kesehatan, apakah pasien sering menghindari pergaulan, penurunan harga diri sampai terjadinya HDR (Harga Diri Rendah). Tandanya lebih menyendiri, tertutup, komunikasi tidak jelas.

h) Pola reproduksi

Kaji apakah ada penurunan keharmonisan pasien, adanya penurunan kepuasan dalam hubungan, adakah penurunan kualitas hubungan.

i) Pola persepsi diri

Kaji bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, menanyakan bagian tubuh manakah yang sangat disukai dan tidak disukai oleh

pasien, apakah pasien mengalami gangguan citra diri dan mengalami tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini. Tandanya kaki menjadi edema, citra diri jauh dari keinginan.

j) Pola mekanisme koping

Kaji emosional pasien apakah pasien marah-marah, cemas atau lainnya. Kaji juga apa yang dilakukan pasien jika sedang stress. Gejalanya emosi pasien labil. Tandanya tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat, mudah terpancing emosi.

k) Pola kepercayaan

Gejalanya pasien tampak gelisah, pasien mengatakan merasa bersalah meninggalkan perintah agama. Tandanya pasien tidak dapat melakukan kegiatan agama seperti biasanya.

6) Pengkajian fisik

a) Penampilan/keadaan umum

Lemah, aktifitas dibantu, terjadi penurunan sensitivitas nyeri. Kesadaran pasien dari *compos mentis* sampai *coma*.

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah naik, respirasi rate naik, dan terjadi dispnea, nadi meningkat dan reguler.

c) Antropometri

Penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir karena kekurangan nutrisi, atau terjadi peningkatan berat badan karena kelebihan cairan.

d) Kepala

Rambut tidak kotor bahkan rontok, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

e) Leher dan tenggorokan

Hiperparathyroid karena peningkatan reabsorpsi kalsium dari tulang, hiperkalemia, hiperkalsiuria, pembesaran vena jugularis.

f) Wajah

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

g) Mata

Terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan).

h) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

i) Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung

j) Mulut dan faring

Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

k) Dada

Dispnea sampai pada edema pulmonal, dada berdebar-debar. Terdapat otot bantu napas, pergerakan dada tidak simetris.

l) Paru

(1) Inspeksi

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

(2) Palpasi

Pergerakan sama atau simetris

(3) Perkusi

Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

(4) Auskultasi

Suara nafas normal, tidak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

m) Jantung

(1) Inspeksi

Tidak tampak iktus jantung.

(2) Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

(3) Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur.

n) Abdomen

Terjadi peningkatan nyeri, penurunan peristaltik, turgor jelek, ascites.

o) Neurologi

Kejang karena keracunan pada system saraf pusat, kelemahan karena suplai Oksigen kurang, baal (mati rasa dan kram) karena rendahnya kadar Ca dan pH.

p) Ekstremitas

Kelemahan fisik, aktifitas pasien dibantu, terjadi edema, pengeroposan tulang, dan *Capillary Refil* lebih dari 3 detik.

q) Kulit

Turgor jelek, terjadi edema, kulit jadi hitam, kulit bersisik dan

mengkilat / uremia, dan terjadi perikarditis.

r) Genital-anus

Kelemahan dalam libido, genetalia kotor, ejakulasi dini, impotensi, terdapat ulkus, tidak ada hernia, tak ada pembesaran limpe, tidak ada kesulitan buang air kecil maupun buang air besar.

7) Keadaan lokal

a) *Look* (inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain:

- (1) Warna kemerahan atau kebiruan (*livide*) atau hyperpigmentasi
- (2) Pembengkakan, memar, deformitas (penonjolan yang abnormal, angulasi, rotasi, pemendekan)
- (3) Apakah kulit tersebut utuh atau tidak, jika kulit robek dan luka memiliki hubungan dengan fraktur, maka disebut dengan cedera terbuka.

b) *Feel* (palpasi)

Yang perlu dicatat adalah:

- (1) Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit.  
*Capillary refill time* < 3 detik.
- (2) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama disekitar persendian.
- (3) Nyeri tekan , krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, tengah, atau distal).

c) *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, hal yang paling penting yaitu menanyakan apakah pasien dapat menggerakkan sendi-sendi dibagian cedera.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan dan pencegahan. Diagnosa negatif terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa risiko. Sedangkan diagnosa positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini terdiri dari diagnosa promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan dalam masalah ini yang dirumuskan sesuai dengan acuan SDKI adalah Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma)



ditandai dengan keluhan nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak bersikap protektif karena nyeri.

### **3. Rencana keperawatan**

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan pada nyeri akut termasuk dalam kategori fisiologis yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri, pemberian analgetik. Sedangkan intervensi pendukung diantaranya aromaterapi, dukungan hypnosis diri, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi proses penyakit, edukasi teknik napas, kompres dingin, kompres panas, konsultasi, latihan pernafasan, manajemen efek samping obat, manajemen kenyamanan lingkungan, manajemen medikasi, manajemen sedasi, manajemen terapi radiasi, pemantauan nyeri, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, pemberian obat topical, pengaturan posisi, perawatan amputasi, perawatan kenyamanan, teknik distraksi, teknik imajinasi terbimbing, teknik akupresure, teknik akupuntur, terapi bantuan hewan, terapi humor, terapi murratal, terapi musik, terapi pijatan, terapi relaksasi, terapi sentuhan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menentukan tujuan dan kriteria hasil. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan

aspek-aspek yang diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan ini menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dianggap sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan diantaranya luaran negatif (diturunkan) dan luaran positif (ditingkatkan atau diperbaiki) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 1  
Perencanaan Keperawatan pada Pasien Open Fraktur Femur dengan Nyeri Akut

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p><b>Nyeri Akut</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 2 Jam, maka nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p><input type="checkbox"/> Keluhan nyeri menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Meringis menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sikap protektif menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Gelisah menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Diaforesis menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Ketegangan otot menurun (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Pola napas membaik (5)</p>	<p><b>1) Manajemen Nyeri Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p>

1	2	3
<input type="checkbox"/> Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) <input type="checkbox"/> Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)	<input type="checkbox"/> Tekanan darah membaik (5) <b>Kontrol Nyeri</b> <input type="checkbox"/> Melaporkan nyeri terkontrol (5) <input type="checkbox"/> Kemampuan mengenali penyebab nyeri (5) <input type="checkbox"/> Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam ) (5) <input type="checkbox"/> Dukungan orang terdekat (5) <input type="checkbox"/> Keluhan nyeri (5) <input type="checkbox"/> Penggunaan analgesik (5)	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
<b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</b> <input type="checkbox"/> Mengeluh nyeri <b>Objektif</b> <input type="checkbox"/> Tampak meringis <input type="checkbox"/> Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Frekuensi nadi meningkat <input type="checkbox"/> Sulit tidur		<b>Terapeutik</b> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
<b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</b> <b>Objektif</b> <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat <input type="checkbox"/> Pola napas berubah <input type="checkbox"/> Nafsu makan berubah <input type="checkbox"/> Proses berpikir terganggu		<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu

1	2	3
<input type="checkbox"/> Bersikap Protektif <input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri <input type="checkbox"/> Diaforesis		2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
<b>Kondisi Klinis</b>		4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
<b>Terkait :</b>		5. Ajarkan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
<input type="checkbox"/> Kondisi pembedahan <input type="checkbox"/> Cedera traumatis <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Sindrom koroner akut <input type="checkbox"/> Glaukoma		<b>Kolaborasi :</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
		<b>2) Pemberian Analgesik</b>
		<b>Observasi</b>
		1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
		2. Identifikasi riwayat alergi obat
		3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
		4. Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
		5. Monitor efektifitas analgesic <b>Terapeutik</b>

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>3. Tetapkan target efektifitas analgesik</li> <li>4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ol>
		<p><b>Edukasi</b></p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ol>
		<p><b>Kolaborasi</b></p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>sesuai indikasi</i></li> </ol>

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018)

#### 4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan diantaranya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada kegiatan implementasi diperlukan kemampuan perawat terhadap penguasaan teknis keperawatan, kemampuan hubungan interpersonal, dan kemampuan intelektual untuk

menerapkan teori-teori keperawatan ke dalam praktek keperawatan terhadap pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier., dkk 2011). Evaluasi dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua tindakan dalam proses keperawatan selesai dilakukan. Format evaluasi dalam tahap evaluasi keperawatan yaitu format empat komponen yang dikenal dengan SOAP yang terdiri dari :

- a) S (Subjektif) adalah data informasi berupa ungkapan pernyataan keluhan pasien. Pada pasien Open Fraktur Femur dengan nyeri akut diharapkan keluhan nyeri menurun, ketegangan otot menurun.
- b) O (Objektif) merupakan data hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan pasien. Adapun hasil yang diharapkan yaitu meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, diaphoresis menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.
- c) A (*Assessment*) merupakan perbandingan antara data subjektif dan data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang

ditetapkan pada tujuan, tercapai sebagian apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan, dan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan.

- d) P (*Planning*) merupakan rencana asuhan keperawatan lanjutan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.