



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN POST
OPERASI FRAKTUR FEMUR DI RUANG SERUNI RSUD PROF. DR.
MARGONO SOEKARJO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

KHUSNUL KHANIFAH

202303053

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

2024



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN POST
OPERASI FRAKTUR FEMUR DI RUANG SERUNI RSUD PROF. DR.
MARGONO SOEKARJO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memenuhi Gelar Ners

Disusun Oleh:

KHUSNUL KHANIFAH

202303053

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Tanggal : 25 Desember 2023

Tanda Tangan :



HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR DI RUANG SERUNI RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal

Pembimbing



(Irmawan Andri Nugroho, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi
Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Judul KIA-N : Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Seruni Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong

Penguji Satu



(Nur Indarwati, S.Kep., Ns)

Penguji Dua



(Irmawan Andri Nugroho, M.Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul "Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Seruni Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo". Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai salah satu persyaratan untuk mencapai derajat gelar Ners di Universitas Muhammadiyah Gombong.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis mendapat bantuan dan bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Orang tua tercinta Bapak dan Ibu yang selalu memberikan doa, motivasi, dukungan moral dan material untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
2. Hj. Dr. Herniyatun, M.Kep. Sp. Mat selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan kesempatan dan fasilitasnya kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Profesi Ners.
3. Eka Riyanti, M.Kep., Sp. Kep. Mat selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan dukungan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Wuri Utami, M. Kep selaku ketua program studi pendidikan profesi ners program profesi yang memberikan dukungan untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Nur Indarwati, S.Kep., Ns selaku penguji 1 sidang proposal dan hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Irmawan Andri Nugroho, M. Kep, selaku pembimbing serta penguji 2 sidang proposal dan hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang telah memberikan pengarahan, motivasi, meluangkan waktu untuk bimbingan.
7. Seluruh dosen beserta staff Fakultas Ilmu Kesehatan yang telah memberikan ilmu sehingga membatu kelancaran penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

8. Seluruh perawat dan tenaga kesehatan lain di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo yang telah memberikan support dan bantuan dalam pengambilan data yang diperlukan.
9. Pasien post operasi fraktur yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi responden secara sukarela.
10. Teman-teman Seperjuangan Program Profesi Ners yang selama ini telah melewati banyak rintangan serta saling memberikan motivasi, saling menguatkan untuk mencapai lulus Profesi Ners.

Semoga kebaikan dan dukungan dari semuanya mendapat berkah dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak kekurangan untuk itu saran dan kritik yang membangun dari semua pihak sangat diharapkan. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Gombong, 15 Juni 2024

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN PUBLIKASI**

Sebagai sivitis akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Program studi : Profesi Ners

Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exklusif Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN
POST OPERASI FRAKTUR FEMUR DI RUANG SERUNI RSUD
PROF. DR. MARGONO SOEKARJO**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal:



(Khusnul Khanifah)

vii

Universitas Muhammadiyah Gombong

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Universitas Muhammadiyah Gombong
Karya Ilmiah Akhir Ners, Agustus 2024
Khusnul Khanifah ¹⁾ Irmawan Andri Nugroho²⁾

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR DI RUANG SERUNI RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

Latar belakang Nyeri akut merupakan kondisi perasaan meliputi sensorik setra emosional dimana seseorang merasakan adanya suatu sensasi akibat rangsang pada syaraf dengan intensitas ringan hingga berat dirasakan kurang dari 3 bulan. Nyeri pasca operasi fraktur harus cepat ditangani supaya rehabilitasi dapat berjalan maksimal. Ada sekitar 13 juta kasus fraktur dengan prevalensi sebesar 2,7% di dunia menurut WHO, di Indonesia sendiri kasus fraktur femur ada sebanyak 19.754 kasus akibat kecelakaan.

Tujuan Menganalisis asuhan keperawatan medikal bedah untuk mengatasi masalah nyeri akut menggunakan relaksasi benson dan aromaterapi lavender pada pasien post operasi fraktur femur.

Metode Karya ilmiah akhir ners ini menggunakan studi kasus deskriptif. Subjek studi kasus yaitu 5 responden post operasi fraktur femur. Instrumen yang digunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah. Diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Intervensi keperawatan yaitu relaksasi benson dengan kombinasi aromaterapi lavender. Implementasi yang dilakukan sebanyak 3x dalam 3 hari dengan lama pemberian 15 menit. Evaluasi dilihat dari hasil skala nyeri yang diukur sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi.

Hasil asuhan keperawatan Hasil pengkajian skala nyeri sebelum diberikan relaksasi benson skala nyeri sedang 100% dengan rata-rata skala nyeri 6. Dari hasil penerapan relaksasi benson dan aromaterapi lavender selama 3x dalam waktu 3 hari terjadi penurunan skala nyeri 100% menjadi skala nyeri ringan rata-rata skala nyeri 2.

Kesimpulan Hasil analisis tindakan relaksasi benson dan aromaterapi lavender selama 3 hari dengan pemerian 3x terbukti mampu mengurangi tingkat nyeri pada pasien post operasi fraktur femur.

Rekomendasi Relaksasi benson dengan kombinasi aromaterapi lavender dapat digunakan untuk menurunkan nyeri akut pada pasien post operasi fraktur femur.

Kata Kunci: Aromaterapi, Fraktur Femur, Relaksasi Benson

¹⁾Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

**NERS PROFESSIONAL EDUCATIONAL STUDY PROGRAM
FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

Gombong Muhammadiyah University

Ners Final Scientific Work, August 2024

Khusnul Khanifah ¹⁾ Irmawan Andri Nugroho²⁾

ABSTRACT

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR ACUTE PAIN IN PATIENTS POST
OPERATION FOR FEMUR FRACTURE IN THE SERUNI ROOM OF
PROF. DR. MARGONO SOEKARJO**

Background Acute pain is a feeling condition including sensory and emotional where a person feels a sensation due to stimulation of the nerves with mild to severe intensity for less than 3 months. Pain after fracture surgery must be treated quickly so that rehabilitation can run optimally. There are around 13 million fracture cases with a prevalence of 2.7% in the world according to WHO, in Indonesia alone there are 19,754 cases of femur fractures due to accidents.

Objective To analyze medical-surgical nursing care to overcome acute pain problems using Benson relaxation and lavender aromatherapy in post-operative femur fracture patients.

Method This final scientific work by nurses uses a descriptive case study. The case study subjects were 5 respondents after femur fracture surgery. The instrument used is the medical surgical nursing assessment format. The nursing diagnosis is acute pain. The nursing intervention is Benson relaxation with a combination of lavender aromatherapy. Implementation was carried out 3x in 3 days with a administration time of 15 minutes. Evaluation is seen from the results of the pain scale measured before the intervention is given and after the intervention is given.

Results of nursing care The results of the assessment of the pain scale before being given Benson relaxation, the moderate pain scale was 100% with an average pain scale of 6. From the results of applying Benson relaxation and lavender aromatherapy 3 times in 3 days, there was a decrease in the pain scale of 100% to an average mild pain scale. Average pain scale 2.

Conclusion The results of the analysis of Benson relaxation and lavender aromatherapy for 3 days with 3 treatments were proven to be able to reduce the level of pain in post-femoral fracture surgery patients.

Recommendations Benson relaxation combined with lavender aromatherapy can be used to reduce acute pain in post-operative femur fracture patients.

Keywords: Aromatherapy, Femur Fracture, Benson Relaxation

1) Gombong Muhammadiyah University students

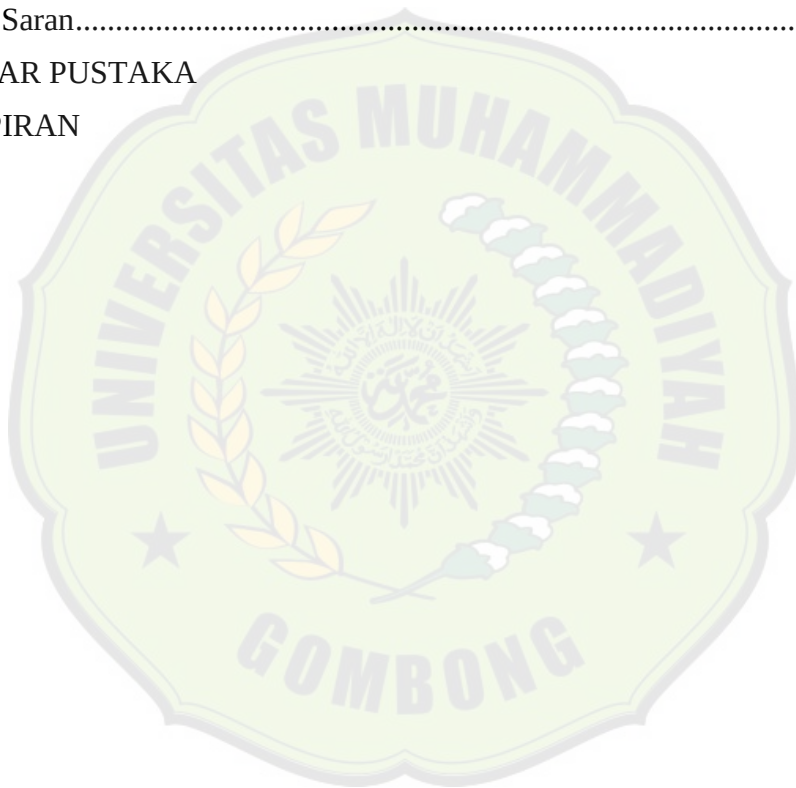
2) Lecturer at Gombong Muhammadiyah University

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
C. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Medis Fraktur.....	8
1. Pengertian.....	8
2. Etiologi	8
3. Klasifikasi.....	9
4. Manifestasi Klinis.....	10
5. Patofisiologi.....	11
6. Pathway	12
7. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut	14
1. Pengertian	14
2. Faktor Penyebab	14
3. Data Mayor dan Minor	14
4. Penatalaksanaan berdasarkan Inovasi Keperawatan	15

C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....	19
1. Fokus Pengkajian	19
2. Diagnosa Keperawatan.....	21
3. Intervensi Keperawatan	22
4. Implementasi Keperawatan	27
5. Evaluasi Keperawatan	28
D. Kerangka Konsep	29
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis atau Desain	30
B. Subjek Studi Kasus	30
C. Lokasi dan Waktu	31
D. Fokus Studi Kasus.....	31
E. Definisi Operasional.....	31
F. Instrumen Studi Kasus	32
G. Metode Pengumpulan Data	32
H. Analisis Data dan Penyajian Data	34
I. Etika Studi Kasus	34
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Profil Lahan Praktik	36
1. Visi dan Misi Rumah Sakit	36
2. Gambaran Wilayah Ruangan Rumah Sakit	37
3. Jumlah Kasus.....	37
4. Upaya.....	37
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	38
1. Ringkasan Proses Pengkajian	38
2. Diagnosa Keperawatan.....	50
3. Rencana Asuhan Keperawatan	52
4. Implementasi	53
5. Evaluasi	61
C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan	64
1. Karakteristik Pasien.....	64
2. Hasil Penerapan	64

D. Pembahasan.....	65
1. Analisis Karakteristik Klien	65
2. Analisis Masalah Keperawatan Utama.....	66
3. Analisis Tindakan Keperawatan Diagnosa Utama	67
4. Analisis Hasil Tindakan Keperawatan Diagnosa Utama	69
E. Keterbatasan Studi Kasus.....	72
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	73
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



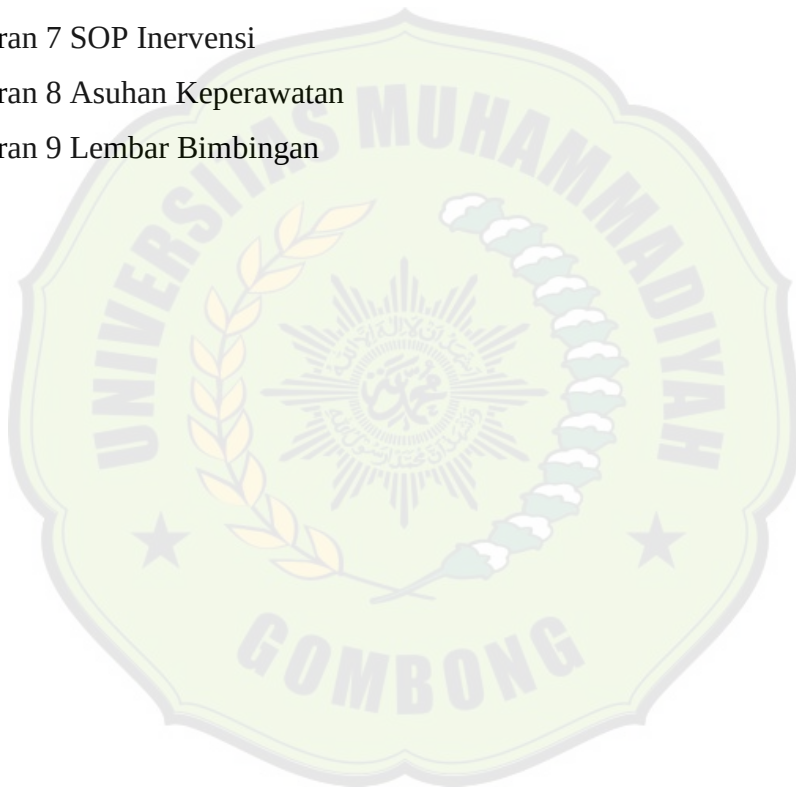
DAFTAR TABEL

Tabel 1 Definisi Operasional	31
------------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Hasil Uji Plagiarism
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Responden
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5 Kuesioner
- Lampiran 6 Lembar Obeservasi
- Lampiran 7 SOP Intervensi
- Lampiran 8 Asuhan Keperawatan
- Lampiran 9 Lembar Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nyeri akut merupakan kondisi perasaan meliputi sensorik setra emosional dimana seseorang merasakan adanya suatu sensasi akibat rangsang pada syaraf dengan intensitas ringan hingga berat dirasakan kurang dari 3 bulan. Sehat tidak selalu dipengaruhi oleh penyakit, melainkan orang yang tidak memiliki penyakit juga bisa saja dikatakan tidak sehat dikarenakan keadaan tidak sempurna pada bagian fisik, psikologis, serta sosial sehingga tidak mampu produktif dalam menjalani kehidupan. Ada beberapa kondisi yang membuat manusia tidak bisa produktif dalam menjalani aktivitas sosial dan ekonomi disebabkan adanya penyakit maupun trauma, paling sering terjadi dikarenakan trauma fraktur (Susanti & Purnama, 2021).

Fraktur atau biasa dikenal dengan sebutan patah tulang merupakan keadaan terputusnya kontinuitas tulang yang dikarenakan adanya cedera langsung, otot lelah, faktor penuaan sehingga membuat tulang tidak mampu mengabsorpsi stress dalam jumlah banyak dari ambang batas daya serap tulang (Suriya & Zuriati, 2019). Fraktur bisa terjadi diberbagai bagian tubuh, tetapi yang memiliki morbiditas besar serta membutuhkan perawatan lama biasanya pada fraktur ekstremitas bawah dimana akan membuat kesesusaan dalam melakukan aktivitas terutama dalam imobilisasi sehingga terjadi penurunan produktivitas serta kualitas hidup pasien (Platini et al., 2020). Fraktur pada ekstremitas bawah paling sering terjadi pada fraktur femur yang merupakan suatu patah tulang pada bagian paha dikarenakan adanya benturan secara langsung atau tidak yang akan memperngaruhi kebutuhan dasar sehingga memerlukan bantuan orang lain (Helmi, 2012 dalam Nurhayati et al., 2022).

Angka kejadian fraktur didunia cukup tinggi berdasarkan data (World Health Organization, 2020) ada sekitar 13 juta kasus fraktur dengan prevalensi sebesar 2,7%. Data RISKESDAS tahun 2018 di Indonesia terdapat sekitar 5.5% kejadian fraktur, dan paling banyak disebabkan karena kecelakaan terkena pada

ekstremitas bawah ada sebanyak 67.9%. Selain itu jumlah kasus fraktur femur ada sebanyak 19.754 kasus akibat kecelakaan. Prevalensi cedera di Jawa Tengah ada sebanyak 9.3% sejumlah 132.565 kasus. Mengalami cedera anggota gerak banyak dibandingkan cedera yang lainnya ada sebanyak 68.3. Cedera karena kecelakaan lalu lintas ada sebanyak 2.3%. Laka lalu lintas suatu peristiwa terjadi di jalan raya baik secara disengaja maupun tidak dengan melibatkan kendaraan maupun pengguna lainnya, sehingga bisa menyebabkan kerusakan barang bahkan sampai kematian. Taruma akibat kecelakaan lebih banyak dialami pada anggota ekstremitas bawah yang terdiri dari paha, betis, serta telapak dan jari kaki. Data kejadian fraktur RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo di Ruang Seruni termasuk dalam 10 penyakit terbesar ada sebanyak kurang lebih 10 kejadian fraktur femur yang per bulan pada tahun 2022 sedangkan 2-3 bulan terakhir antara bulan September sampai November terdapat kurang lebih ada 15-20 kasus fraktur femur yang dirawat di Ruang Seruni.

Fraktur memerlukan perawatan secepatnya untuk menghindarkan dari komplikasi yang dapat ditimbulkan seperti kerusakan pembuluh darah, stress akibat trauma, masalah syaraf, adanya udara dalam tulang, serta masalah tulang lainnya. Masalah tulang yang tidak dilakukan pengobatan dengan benar seperti posisi penyatuan tulang yang buruk, tertundanya penyatuan, tidak dapat menyatu hingga menyebabkan perdarahan. Cara penanganan fraktur bisa melalui operatif dan non operatif, dari kedua pengobatan tersebut metode operatif yang lebih baik untuk mengani fraktur femur (Smeltzer & Bare, 2008 dalam Nurhayati et al., 2022).

Metode pembedahan biasa digunakan yaitu dengan melakukan tindakan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) melibatkan pemakaian *pin*, *screw*, serta *plate* untuk menfiksasi tulang (Rachman et al., 2023). Proses pembedahan mengakibatkan adanya luka insisi yang bisa merangsang timbulnya persepsi nyeri dihantarkan ke syarat pusat. Proses terjadinya nyeri dimulai dari transduksi adanya rangsangan nyeri melerawai ujung syaraf kemudian ditansmisikan melalui nociceptor ke korteks serebral yang dimodulasi untuk

menentukan adanya penambahan atau berkurangnya rangsang nyeri oleh syaraf pusat maka akan dipersepsikan sebagai penerimaan rangsang nyeri (Hermanto et al., 2020).

Nyeri akut merupakan suatu pengalaman sensorik maupun emosional yang terjadi selama 3 bulan kurang akibat adanya kerusakan jaringan secara fungsi dengan tingkan intensitas nyeri ringan sampai berat (SDKI, 2017). Nyeri pasca operasi fraktur harus cepat ditangani supaya rehabilitas dapat berjalan maksimal sehingga tidak menyebabkan penambahan lama rawat inap, sebagai komplikasi yang memungkinkan terjadi, serta pasien tidak berfokus pada rasa nyeri yang dialaminya. Tindakan penanganan masalah nyeri terdiri dari terapi farmakologi seperti pemberian analgesik selain itu juga ada terapi non farmakologi. Terapi non farmakologi bisa dikerjakan oleh perawat secara mandiri seperti *massage*, *hypnosis*, musik, aromaterapi, kompers, serta relaksasi (Ayuningsih et al., 2023).

Relaksasi benson merupakan suatu tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri dari efek rileks yang dihasilkan dengan menggabungkan napas dalam serta menfokuskan pikiran yang membuat tenang seperti fokus pada Allah. Cara melakukan relaksasi benson diawali dengan mencari posisi yang nyaman serta membenamkan mata, kemudian melemaskan otot wajah sampai kaki, dan mengatur napas melalui hidung secara perlahan. Metode ini dapat dilaksanakan secara berulang-ulang kali dalam waktu 20 menit diakhiri dengan membuka mata secara pelan-pelan (Sari et al., 2022).

Metode relaksasi benson merupakan suatu cara untuk mengurangi nyeri serta dapat dilakukan dengan simple dan mudah yaitu mengkombinasikan perasaan rileks dengan nilai-nilai keyakinan sehingga bisa melepaskan hormon epinefrin (Fadhilah, 2022). Pasien post operasi seringkali mengalami nyeri yang lebih parah dikarenakan respon emosional tubuh seperti adanya perasaan takut dan khawatir terhadap kondisi tubuhnya sehingga mengakibatkan adanya peningkatan katekolamin, noradrenalin serta norepineprin. Maka dari itu, relaksasi benson berfungsi untuk menghentikan kerja saraf simpatik sehingga otot-otot dalam keadaan relaks efek dari berkurangnya kerja saraf simpatik

dalam mengontrol penurunan nyeri (Benson dan Protoc, 2000 dalam Nurhayati et al., 2022).

Metode lain untuk mengurangi nyeri selain menggunakan relaksasi benson juga dapat dilakukan dengan pemberian aromaterapi dari minyak esensial berasal dari tumbuhan seperti lavender yang mengandung linalool serta linalil asetat yang berfungsi sebagai analgesik memberikan efek relaks. Aroma lavender mampu membuat gelombang alfa di otak mengalami peningkatan sehingga mampu membuat badan menjadi relaks, meningkatkan kenyamanan, serta menurunkan tingkat nyeri (N. A. Puspita, 2018).

Aromaterapi bekerja secara langsung melalui indra penciuman, yang kemudian diteruskan ke hipotalamus sehingga dapat memproduksi hormone endorphin ('Ali & Rochmawati, 2023). Hormon endorphin mampu memberikan efek relaks serta perasaan bahagia dari kerja sistem limbik (Astuti & Aini, 2020). Pemberian aromaterapi lavender dapat diberikan dalam waktu 10 hingga 30 menit setelah operasi ortopedi, saat sebelum latihan ambulasi (Hardhanti & Relawati, 2023). Metode pemberian aromaterapi ada beberapa cara bisa melalui massage, mandi, sebagai parfum, selain itu cara yang paling sering diberikan dengan cara inhalasi melalui hidung bisa menggunakan media diffuser, kain yang beraroma (Langingi et al., 2022).

Terapi relaksasi benson terbukti efektif berdasarkan hasil penelitian (Nurhayati et al., 2022) yang menunjukkan hasil sebelum dan setelah diberikan terapi terjadi perubahan skala nyeri pada kelompok eksperimen serta kelompok control pada pasien post operasi fraktur setelah diberikan 3 kali terapi benson dalam waktu 15-30 menit. Dikuatkan dari hasil penelitian (Ismansyah et al., 2021) menunjukkan tingkat nyeri sebelum diberikan terapi memiliki nyeri sedang dengan nilai rata-rata 5.32 sedangkan setelah diberikan terapi menjadi nyeri ringan dengan nilai rata-rata 3.05 yang artinya terapi relaksasi benson bisa mengurangi nyeri pada pasien fraktur. Didukung juga hasil penelitian pengaruh teknik benson untuk nyeri post operasi yang menunjukkan terapi benson mampu menurunkan skala nyeri sedang menjadi nyeri ringan setelah diberikan

terapi 3 kali dalam waktu 15-30 menit dengan perubahan rata-rata tingkat nyeri dari 6.25 berubah menjadi 3.25 (Rasubala et al., 2017).

Pemberian aromaterapi lavender terbukti efektif dalam mengatasi nyeri pasien setelah operasi fraktur ditunjukkan dari nilai rata-rata perubahan skala nyeri sebelumnya 5 menjadi 4 dengan proses pemberian terapi selama 15 menit menggunakan media bola kapas yang ditetesi minyak lavender sebanyak 5 tetes (Astuti & Aini, 2020). Didukung juga dari hasil pemberian aromaterapi lavender terhadap pasien post operasi mayor setelah 3 hari dalam waktu 5 hingga 10 menit dilakukan 2 jam sebelum pemberian terapi farmakologi analgesik didapatkan skala nyeri mengalami penurunan awalnya skala 5 menjadi skala nyeri 2 (‘Ali & Rochmawati, 2023).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada tanggal 14 November 2023 di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Ruang Seruni kepada 5 pasien post operasi fraktur femur hari ke-1 didapatkan hasil bahwa 100% pasien mengeluhkan nyeri setelah dilakukan operasi pada bagian luka bekas operasi dari hasil pengukuran skala nyeri 3 jam sebelum diberikan terapi farmakologi dengan *Numerical Rating Scale* didapatkan keseluruhan dari 5 pasien menunjukkan tingkat nyeri 4 sampai 6 (nyeri sedang) serta keluhan dirasakan semakin sakit saat bergerak, nyeri terasa seperti disayat-sayat, dari 3 pasien mengatakan nyeri dari area operasi menjalar sampai satu kaki, 2 lainnya nyeri terutama dibagian bekas operasi, 4 pasien melaporkan rasa sakit secara berkelanjutan tidak ada henti setelah 6 jam setelah pemberian obat. Pada saat dilakukan wawancara terkait cara yang biasa dilakukan untuk menghilangkan nyeri yaitu dengan konsumsi obat dan dibawa istirahat serta tidur.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk menganalisis asuhan keperawatan medikal bedah dengan inovasi pemberian terapi relaksasi benson dengan kombinasi pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur femur di ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Menganalisis asuhan keperawatan dengan pemberian inovasi pemberian relaksasi benson dengan kombinasi pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan nyeri akut pada pasien post operasi fraktur femur di ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo.

2. Tujuan khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada masalah nyeri akut pasien post operasi fraktur femur di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
- b. Memaparkan hasil analisis data pada masalah nyeri akut pasien post operasi fraktur femur di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
- c. Memaparkan hasil intervensi keperawatan pada masalah nyeri akut pasien post operasi fraktur femur di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
- d. Memaparkan hasil implementasi keperawatan pada masalah nyeri akut pasien post operasi fraktur femur di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
- e. Memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada masalah nyeri akut pasien post operasi fraktur femur di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo
- f. Memaparkan hasil analisis inovasi pemberian terapi relaksasi benson dengan kombinasi aromaterapi terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi fraktur femur

C. Manfaat

1. Manfaat keilmuan

Hasil analisis asuhan keperawatan ini diharapkan dapat bermanfaat keilmuan stase keperawatan medikal bedah terutama dalam mengelola nyeri pasien post operasi fraktur femur dengan pemberian terapi relaksasi benson dengan kombinasi aromaterapi lavender. Serta sebagai bahan rekomendasi

bahan ajaran terutama dalam menganalisis intervensi yang dapat diterapkan pada kasus post operasi fraktur dengan masalah nyeri akut dari segi non farmakologi.

2. Manfaat aplikatif

a. Bagi penulis

Hasil analisis asuhan keperawatan ini diharapkan bisa menambah pengetahuan serta keahlian dalam pengaplikasian (*evidence based practice*) asuhan keperawatan medikal bedah terutama pada pasien pasca operasi fraktur yang mengalami nyeri akut menggunakan inovasi pemberian terapi relaksasi benson dikombinasikan dengan menggunakan aromaterapi lavender.

b. Bagi rumah sakit

Hasil analisis asuhan keperawatan ini diharapkan bisa menjadi salah satu bahan rujukan, serta tambahan informasi terkait pengobatan non farmakologi yang murah, simple, tidak memiliki efek samping untuk dilakukan perawat dalam mengatasi masalah nyeri akut pasien pasca operasi fraktur menggunakan terapi relaksasi benson serta kombinasi aromaterapi lavender.

c. Bagi pasien

Hasil analisis asuhan keperawatan ini diharapkan mampu menjadi informasi tambahan serta pengetahuan pasien dalam mengatasi keluhan setelah operasi fraktur femur menggunakan relaksasi benson dengan kombinasi aromaterapi lavender sehingga mampu menerapkan secara mandiri di kehidupan sehari-hari.

DAFTAR PUSTAKA

- ‘Ali, S. K., & Rochmawati, E. (2023). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Op Bedah Mayor (Studi Kasus). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Medika Drg. Suherman*, 05(01), 102–108.
- Adinda, D. (2019). Komponen Dan Jenis-Jenis Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan. *INA-Rxiv*, 4(1), 141–149.
- Astuti, L., & Aini, L. (2020). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(1), 171–178.
- Atmanegara, S. P. W. (2021). *Relaksasi Progresif terhadap Perubahan Tekanan Darah dan Kualitas Tidur pada Lansia Penderita Hipertensi (Pertama)*. STRADA PRESS.
- Ayuningsih, D., Wijaya, A., Sari, I. P., Roni, F., & Wahdi, A. (2023). Nursing Care for Clients Who Experience Post Operating Femur Fractures With Acute Pain Nursing Problems in the Bima Room, Jombang Hospital. *Journal for Quality in Women’s Health*, 6(1), 55–59. <https://doi.org/10.30994/jqwh.v6i1.190>
- Azizah, C. O., Hasanah, U., & Pakarti, A. T. (2021). Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(4), 502–511.
- Batti, A. A. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur Femur Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar Periode Januari-Desember 2018. In *Universitas Hasanuddin* (Issue November).
- Brunner, & Suddarth. (2018). *Handbook For Brunner & Suddarth Textbook of Medical-Surgical Nursing: Vol. (14)* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Modul Bahan Ajar Keperawatan : Dokumentasi Keperawatan. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Pertama)*. Pusdik SDM Kesehatan. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>
- Fadhilah, N. (2022). Efektivitas Pembbbberian Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Post Operasi Pada Pasien Fraktur Di Ruang IRNA B Rumah Sakit QIM. *Universitas Muhammadiyah Pekajang Pekalongan*.
- Ferdisa, R. J., & Ernawati, E. (2021). Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif. *Ners Muda*, 2(2), 47–52. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6281>
- Hardhanti, R., & Relawati, A. (2023). Implementasi Terapi Musik Dan

Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Fraktur Post ORIF. *Informasi Dan Promosi Kesehatan*, 02(01), 43–53.

Harfiantoko, M. N., & Kurnia, E. (n.d.). *Derajat Hipertensi (Menurut Who) Mempengaruhi Kualitas Tidur dan Stress Psikososial Mirza Nursyamsu Harfiantoko, Erlin Kurnia*.

Heriyanda, Mardhatillah, & Saputra, M. (2023). Perbandingan Teknik Relaksasi Genggam Jari Dengan Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi. *Journal Getsempena Health Science Journal*, 2(2), 83–92.

Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>

Iqbal, M. F., & Handayani, S. (2022). *Terapi Non Farmakologi pada Hipertensi*. 6(1).

Ismansyah, Wiyadi, & Ernawati, R. (2021). Penerapan Relaksasi Autogenik Dan Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Pasien Fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 29–41.

Knutsson, S. B., Wennergren, D., Bojan, A., Ekelund, J., & Möller, M. (2019). Femoral Fracture Classification In The Swedish Fracture Register – A Validity Study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4–9.

Langingi, N. L., Saluy, P. M., & Kaparang, G. F. (2022). Penggunaan Aromaterapi Untuk Nyeri Pada Pasien Medikal Bedah Di Indonesia: Sebuah Tinjauan Integratif. *Klabat Journal of Nursing*, 4(1), 49–58.

Margiyati, & Setiawan, A. (2023). Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Keluarga Wilayah Binaan Puskesmas Pegandan Semarang. *Jurnal Jufdikes*, 5(1), 27–33. <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/JUFDIKES/article/view/182>

Marhabatsar, N. S., & Sijid, S. T. A. (2021). Review : Penyakit Hipertensi Pada Sistem Kardiovaskular. *Uin Alauddin Makkasar*, November, 72–78.

Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Kemenkes RI.

Mustika, Y., Mahati, E., & Ropyanto, C. B. (2019). Relaksasi Benson: Intervensi Mandiri Perawat Dengan Berbagai Manfaat. *Universitas Diponegoro*.

Notoatmodjo, S. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.

Nurhayati, Marianthi, D., Desiana, & Maulita, R. (2022a). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i1.9>

- Nurhayati, Marianthi, D., Desiana, & Maulita, R. (2022b). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53.
- Platini, H., Chaidir, R., & Rahayu, U. (2020). Karakteristik Pasien Fraktur Ekstremitas Bawah. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 7(1), 49–53.
- Priastika, D. A., & Adi, G. S. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman: Nyeri. *Universitas Kusuma Husada*, 27(2), 635–637.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II* (D. Mustafa, M. Dwisatyadini, B. A. Darmanto, & D. Sonia (eds.); Cetakan Pe). Kemenkes RI Pusdik SDM Kesehatan.
- Puspita, D., & Hani, U. (2023). Studi Kasus: Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Nyeri Kepala Pada Penderita Hipertensi Kelurahan Meteseh Kecamatan Tembalang. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan*, 14(3), 140–147.
- Puspita, N. A. (2018). Pengaruh Aromaterapi Lavender Dan Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi Fraktur Di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharsosurakarta. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Rachman, T., Rahmadian, R., & Rusjdi, S. R. (2023). Pola Penatalaksanaan Fraktur Femur Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 4(2), 81–87. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v4i2.624>
- Ramadhan, M. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny N Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RS Kartika Husada. *Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak*, 1(1), 1–93.
- Ramadhani, D. P. (2022). *Asuhan Keperawatan Dengan Evidence Based Relaksasi Benson Untuk mengurangi Nyeri Akut Pada Pasien Post ORIF Fraktur di RSU Anwar Medika Sidoarjo*.
- Rasubala, G. F., Kumaat, L. T., & Mulyadi. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi di RSUP. Prof. Dr. R.D. Kandou dan RS Tk. III R.W. Mongsidi Teling Manado. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 5(1), 1–10.
- Ridwan, U. N., Pattihha, A. M., & Selomo, P. A. M. (2019). Karakteristik Kasus Femur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate Tahun 2018. *Kieraha Medical Journal*, 1(1), 9–15.
- Sahar, R. H., Azwar, Riskawati, Musdalipa, & Kasmawati. (2018). Efektivitas Relaksasi Benson dan Nafas Dalam terhadap Perubahan Tingkat Kecemasan Lansia di PSTW Gua Mabaji Gowa. *Bimiki*, 6(1), 20–33. <https://bimiki.e-journal.id/bimiki/article/view/37>

- Sari, D. W. I., Syarafina, F. Z., Ayuningtias, K., Ainun, N., Setianingrum, P. B., Febriyanti, S., & Pradana, A. A. (2022). Efektivitas Terapi Relaksasi Benson untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia: Telaah Literatur. *Muhammadiyah Journal of Geriatric*, 2(2), 55–61. <https://doi.org/10.24853/mujg.2.2.55-61>
- Sasmita, M., Hasanah, O., & Amir, Y. (2022). Efektivitas Aromaterapi Geranium Terhadap Intensitas Nyeri Haid (Dismenore) Pada Mahasiswa Keperawatan Universitas Riau. *JOM FKp*, 9(2), 310–317.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Soumokil, Y., Rochmaedah, S., & Ohoiren, R. (2023). Penerapan Asuhan Keperawatan Kepada Pasien Dengan Fraktur Tibia Di Ruang Dewasa RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual. *Jurnal Ventilator: Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(2), 232–238.
- Sulistiyawati, & Widodo, S. (2020). Penerapan Terapi Murottal Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Di RS Roemani Semarang. *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS*, 3, 421–434.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Susanti, Y., & Purnama, A. S. (2021). Asuhan Keperawatan Tn . D Dengan Post Operasi Orif Fraktur Antebrachi Sinistra Di RS Kardinah Tegal. *SOSAINS Jurnal Sosial Dan Sains*, 1(9), 1129–1141.
- Syahza, A. (2021). *Metodologi Penelitian* (Edisi Revi). Unri Press.
- Syarah, M. (2022). Nyeri Akut (Post Operasi Fraktur Femur Subtrochanter Sinistra) Pada Tn. M Di Ruang Tribrata RS Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak. In *Stikes Muhammadiyah Pontianak*.
- Wahyuni, T. D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. In *E Book* (Issue August 2018). PT. Nasya Expanding Management (Penerbit NEM-Anggota IKAPI). https://www.google.co.id/books/edition/ASUHAN_KEPERAWATAN_GANGGUAN_SISTEM_MUSKU/g24vEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=pekerjaan+berulang+adalah&pg=PA20&printsec=frontcover
- World Health Organization. (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring*

Health For The SDGs Sustainable Development Goals. In *World Health Organization* (Vol. 10, Issue 1).



Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

No	Langkah-langkah	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
1.	Penyusunan tema									
2.	Penyusunan instrument dan penerapan inovasi keperawatan									
3.	Penyusunan proposal									
4.	Seminar proposal									
5.	Revisi proposal									
6.	Proses asuhan keperawatan									
7.	Analisis data									
8.	Penyusunan laporan studi kasus keperawatan									
9.	Seminar hasil									
10.	Publikasi									

Lampiran 2 Hasil Uji Plagiarism



SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc
NIK : 96009
Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Seruni RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

Nama : Khusnul Khanifah
Nim : 202303053
Program Studi : Profesi Ners
Hasil Cek : 18%

Gombong, 16 Agustus 2024

Pustakawan


(Aulia Rahmawati)

Mengesahkan
Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT


(Sawiji, M.Sc)

Lampiran 3 Lembar Penjelasan Responden

LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Status : Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

Dengan ini, mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi responden studi kasus yang akan saya lakukan yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Seruni RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo ”

Penjelasan terkait studi kasus yang akan dilakukan yaitu:

1. Studi kasus ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien post operasi fraktur femur yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut dengan pemberian terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender.
2. Studi kasus ini bertujuan untuk menghasilkan asuhan keperawatan medikal bedah mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi, serta evaluasi pada kasus hipertensi yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut dengan menggunakan inovasi pemberian relaksasi benson dan aromaterapi lavender. Sedangkan manfaat dari penelitian ini yaitu mengetahui tingkat nyeri pada pasien post operasi fraktur femur serta mengetahui perubahan tingkat nyeri setelah diberikan terapi relaksasi benson dan aromaterapi benson.
3. Jumlah peserta sebanyak 5 orang dengan kriteria penderita Pasien post operasi fraktur femur yang mengeluh nyeri dengan skala nyeri sedang (4-6). Pasien dengan usia 20-50 tahun. Pasien kooperatif dan bersedia menjadi responden.
4. Peneliti menjelaskan terkait prosedur penelitian yaitu terkait tindakan relaksasi benson menggunakan leaflet. Relaksasi benson akan dilakukan

selama 1 kali dalam hari dengan durasi 15 menit selama 3 hari. Dan akan dievaluasi menggunakan instrumen skala nyeri NRS.

5. Peneliti akan menjawab pertanyaan dari respon. Penelitian studi kasus ini tidak memberikan dampak negatif. Jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini tidak akan memberikan dampak yang negatif pada kesehatannya.
6. Semua hasil studi kasus akan dijaga kerahasiaanya termasuk identitas responden, hasil screening skala nyeri. Semua penulisan nama responden diganti dengan inisial tidak menggunakan nama asli.
7. Keikutsertaakan Bapak/Ibu dalam studi kasus ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan.

Demikian surat permohonan menjadi responden, atas kesediaan dan kerjasama dari Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Kebumen, 25 Desember 2023

Peneliti

(Khusnul Khanifah)

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Menyatakan dengan bersedia menjadi responden penelitian studi kasus yang dilakukan oleh:

Nama : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Seruni Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya akan melakukan segala sesuatu dengan sebaik mungkin dan menjawab pertanyaan sesuai fakta.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Purwokerto, 2024

Saksi

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran 5 Kuesioner

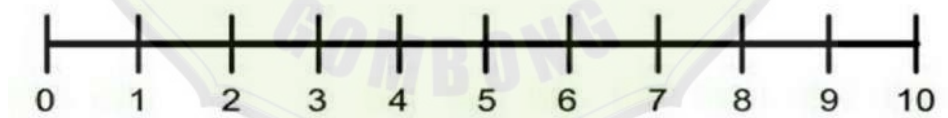
SKALA PENILAIAN NYERI

Petunjuk :

Pada skala ini diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri *Numerik Rating Scale* (0-10) yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
3. 4-6 : Nyeri sedang
4. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum intervensi dilakukan dengan membuat tanda (X) pada skala yang telah disediakan.



Lampiran 6 Lembar Obeservasi

**LEMBAR OBSERVASI PRE DAN POST RELAKSASI BENSON DAN
AROMATERAPI LAVENDER**

No	Nama Responden	Observasi	Skala Nyeri	
			Pre	Post
1	Tn. W	Hari ke-1	6	5
		Hari ke-2	5	4
		Hari ke-3	4	3
2	Tn. N	Hari ke-1	6	5
		Hari ke-2	4	3
		Hari ke-3	3	2
3	Sdr. D	Hari ke-1	6	5
		Hari ke-2	5	4
		Hari ke-3	3	2
4	Sdr. Z	Hari ke-1	6	5
		Hari ke-2	4	3
		Hari ke-3	3	2
5	Tn. Wa	Hari ke-1	5	4
		Hari ke-2	3	2
		Hari ke-3	2	1

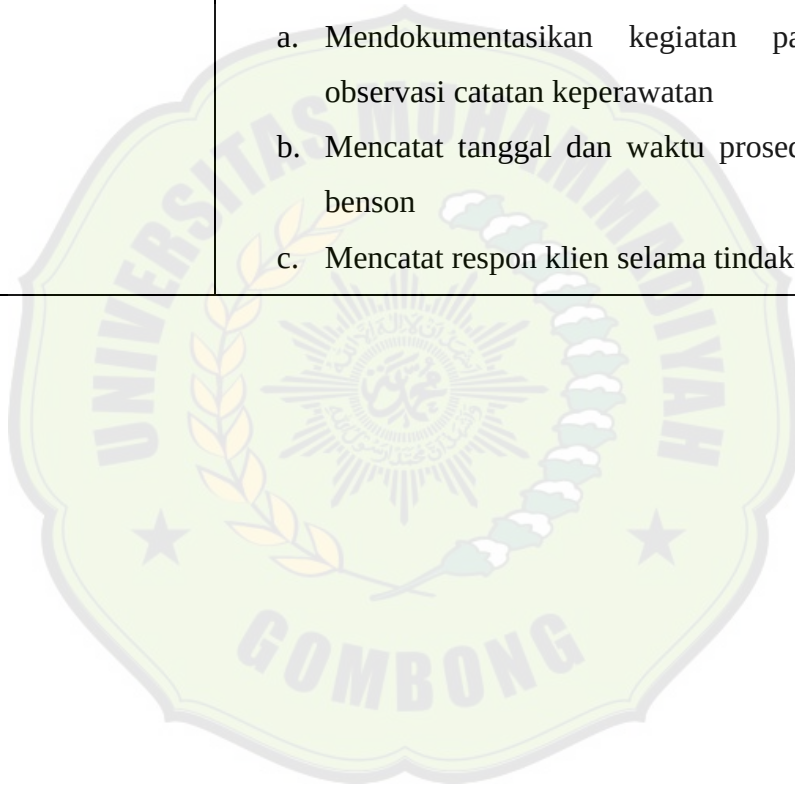
Lampiran 7 SOP Intervensi

STANDAR OPERASIONAL RELAKSASI BENSON

	RELAKSASI BENSON	
	Nomor Dokumen	: KES/SOP/12/2023
	Nomor Revisi	: -
	Tanggal Terbit	: 25 Desember 2023
	Halaman	: 1/3
Pengertian	Relaksasi benson merupakan sebuah cara yang dikembangkan dari teknik dasar pernapasan dikombinasikan dengan keyakinan spiritual melalui kalimat spiritual diucapkan berulang kali yang dipercayai untuk menghilangkan pikiran pengganggu	
Tujuan	1. Mengurangi nyeri 2. Menurunkan tingkat stress 3. Meningkatkan kenyamanan dan ketegangan	
Indikasi	1. Pasien mengalami nyeri ringan hingga sedang 2. Pasien mengalami gangguan ketidaknyamanan	
Kontraindikasi	1. Pasien dengan gangguan tanda-tanda vital	
Peralatan	1. Tempat duduk atau tempat berbaring yang nyaman 2. Leaflet 3. Alat tulis dan catatan	
Prosedur	1. Fase pre interaksi a. Pengkajian keadaan umum b. Pengkajian TTV c. Mempersiapkan alat d. Melakukan kebersihan tangan dengan cuci tangan 2. Fase Orientasi a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	

	c. Melakukan kontak waktu dan menanyakan persetujuan klien 3. Fase Kerja a. Pastikan lingkungan tenang b. Sarankan klien untuk menentukan tempat yang nyaman c. Sarankan klien memposisikan tubuh dalam keadaan nyaman bisa dengan duduk maupun tiduran d. Sarankan klien untuk mengurangi ketegangan dengan memejamkan mata secara perlahan serta tidak dipaksa e. Sarankan klien untuk melemaskan otot dari wajah sampai kaki f. Rilekkan kepala, leher seta pundak dengan mengangkat pundak secara perlahan g. Sarankan klien untuk bernapas dengan perlahan mulai dari tarik napas melalui hidung, hitung sampai 3 detik untuk tahan napas, lalu hembuskan napas melalui mulut sambil berdzikir. Lakukan cara tersebut secara berulang selama 15 menit h. Kata yang bisa dipergunakan untuk keyakinan agama Islam seperti Alhamdulillah, Subhanaalah, Allahu Akbar, La ilaa ha illallah. i. Buka mata secara perlahan saat sudah selesai dilakukan terapi, pertahankan posisi dan tidak berubah posisi sampai tenang dan tidak pusing dalam beberapa menit 4. Fase Terminasi a. Membaca alhamdulillah b. Mengevaluasi respon klien
--	--

	c. Memberikan reinforcement positif d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya e. Mengakhiri pertemuan dengan membaca doa': Allahumma rabban naasi adzhibil ba'sa, wasfi antasy syaafii la syifaa-a illa syifaa-uka syifaa-an laa yughaadiru saqaman f. Mengucapkan salam 5. Dokumentasi a. Mendokumentasikan kegiatan pada lembar observasi catatan keperawatan b. Mencatat tanggal dan waktu prosedur relaksasi benson c. Mencatat respon klien selama tindakan
--	---



STANDAR PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER

	PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER	
	Nomor Dokumen	: KES/SOP/12/2023
	Nomor Revisi	: -
	Tanggal Terbit	: 25 Desember 2023
	Halaman	: 1/2
Pengertian	Aromaterapi lavender merupakan minyak esensial dari tumbuhan lavender yang mengandung linalool serta linalil asetat yang berfungsi sebagai analgesik memberikan efek relaks	
Tujuan	1. Membantu meredakan nyeri 2. Membantu meredakan kaku otot 3. Membantu meredakan cemas	
Indikasi	Pasien dengan nyeri ringan sampai sedang	
Kontraindikasi	1. Pasien mengalami gangguan pernapasan 2. Pasien gangguan tanda-tanda vital	
Peralatan	1. Minyak esensial aromaterapi lavender 2. Tissue 3. Alat tulis 4. Jam tangan/stopwatch	
Prosedur	1. Fase pre interaksi a. Pengkajian keadaan umum b. Pengkajian TTV c. Mempersiapkan alat d. Melakukan kebersihan tangan dengan cuci tangan 2. Fase Orientasi a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	

	c. Melakukan kontak waktu dan menanyakan persetujuan klien 3. Fase Kerja a. Baca basmalah b. Posisikan senyaman mungkin c. Teteskan 3 tetes aromaterapi lavender pada tissue d. Anjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi lavender selama 10 menit dengan jarak 10 cm e. Teteskan 2 tetes aromaterapi lavender pada tissue yang digunakan tadi f. Anjurkan pasien menghirup aromaterapi lavender selama 5 menit dengan jarak 10 cm g. Evaluasi nyeri akut setelah pemberian aromaterapi dengan <i>Numeric Rating Scale</i> 4. Fase Terminasi a. Membaca alhamdulillah b. Mengevaluasi respon klien c. Memberikan reinforcement positif d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya e. Mengakhiri pertemuan dengan membaca doa': Allahumma rabban naasi adzhibil ba'sa, wasfi antasy syaafii la syifaa-a illa syifaa-uka syifaa-an laa yughaadiru saqaman f. Mengucapkan salam 5. Dokumentasi a. Mendokumentasikan kegiatan pada lembar catatan keperawatan b. Mencatat tanggal dan waktu prosedur pemberian aromaterapi c. Mencatat respon klien selama tindakan
--	---

Aromaterapi Lavender

Aromaterapi lavender adalah minyak esensial dari tumbuhan lavender yang mengandung linalool serta linalil asetat yang berfungsi sebagai analgesik memberikan efek relaks

Tujuan Pemberian Aromaterapi Lavender

- Membantu meredakan nyeri
- Membantu kaku otot
- Membantu mengatasi cemas

Alat dan Bahan

- Minyak esensial aromaterapi lavender
- Tissue
- Jam/Stopwatch





RELAKSASI

BENSON & AROMATERAPI



NYERI AKUT POST OPERASI FRAKTUR FEMUR

Khusnul Khanifah 202303053

PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2023

PROSEDUR PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER

- Posisikan tubuh nyaman
- Teteskan 3 tetes aromaterapi lavender pada tissue hirup selama 10 menit dengan jarak tissue dengan hidung 10 cm
- Teteskan 2 tetes aromaterapi lavender pada tissue yang tadi hirup selama 5 menit dengan jarak tissue dengan hidung 10 cm



Profesi Ners UNIMUGO

Khusnul Khanifah

NYERI AKUT

Nyeri akut adalah pengalaman perasaan emosional karena adanya kerusakan yang muncul tiba-tiba atau mendadak dalam waktu kurang dari 3 bulan.

FRAKTUR FEMUR

Fraktur femur atau patah tulang paha adalah terputusnya kontinuitas pada tulang paha.





APA ITU RELAKSASI BENSON?

Relaksasi benson adalah cara untuk mengurangi nyeri yang dikembangkan dari teknik dasar pernapasan digabungkan dengan kalimat spiritual diucapkan berulang kali.

TUJUAN RELAKSASI BENSON

- Mengurangi nyeri
- Menurunkan stres
- Meningkatkan kenyamanan dan ketegangan

PROSEDUR RELAKSASI BENSON

Pastikan lingkungan tenang

Posisikan tubuh dalam keadaan nyaman

Kurangi ketegangan dengan pejamkan mata

Lemaskan otot wajah, leher, pundak, sampai kaki

Tarik napas perlahan melalui hidung 3 hitungan, ditahan 3 hitungan, diembuskan perlahan melalui mulut

Dzikir: Alhamdulillah, Subhanaallah, Allahu Akbar, La ilaha illallah

Lakukan berulang selama 15 menit

Buka mata secara perlahan, dan pertahankan posisi sampai tenang dan tidak pusing dalam beberapa menit



Lampiran 8 Lembar Bimbingan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN PROGRAM
STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Pembimbing : Irmawan Andri Nugroho, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
13 Oktober 2023	ACC Judul KIA-N		
23 Oktober 2023	Bimbingan BAB I		
04 Februari 2024	Bimbingan BAB I, II, III		
06 Februari 2024	Revisi BAB II, III		
07 Februari 2024	- ACC BAB I, II, dan III - ACC Turnitin		
18 Maret 2023	Ujian Proposal		

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Program Profesi



(Wuri Utami, M. Kep)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN PROGRAM
STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Khusnul Khanifah

NIM : 202303053

Pembimbing : Irmawan Andri Nugroho, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
30 Maret 2024	Revisi Proposal KIA		
23 Juli 2024	Bimbingan BAB IV dan V		
30 Juli 2024	Revisi BAB IV dan V		
06 Agustus 2024	- ACC BAB IV dan V - ACC Turnitin		
20 Agustus 2024	Sidang hasil		
13 September 2024	Bimbingan Abstrak		
16 September 2024	ACC Abstrak		

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Program Profesi



(Wuri Utami, M. Kep)

Lampiran 9 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN 1

Tanggal Masuk : 4 Mei 2024 pukul 17.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 6 Mei 2024 pukul 09.00 WIB
Ruang : Seruni
Pengkaji : Khunsul Khanifah

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. W
Umur : 43 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SLTP
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Tamansari, Jatinegara
Diagnosa Medis : Post op ORIF Femur dektra

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. H
Umur : 27 tahun
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Tamansari, Jatinegara
Hubungan : Anak

2. Keluhan Utama:

Pasien mengelukan nyeri pada kaki kanan

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Saat dikaji tanggal 6 Mei 2024 pukul 08.30 WIB, keluhan utama klien nyeri post operasi pada bagian paha kanan. Klien mengatakan P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kanan, S: skala 6, T: terus menerus. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat sakit sebelumnya serta belum pernah dirawat di rumah sakit. Klien tampak lemas, terpasang IVFD RL 500 cc/8 jam di tangan kiri. Hasil TTV yaitu TD: 142/68 mmHg, N: 99 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.2 °C, SpO₂ 98%.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit, klien tidak mempunyai riwayat sakit apapun. Klien hanya konsumsi obat warung jika ada keluhan sakit bisa seperti demam dan batuk.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit turunan seperti DM, Jantung, Asma, Hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan bisa bernapas tanpa ada gangguan, dan tidak ada keluhan pernapasan dan tidak mempunyai penyakit pernapasan.

Saat dikaji : pasien tanpa ada gangguan tidak menggunakan bantuan alat pernapasan dengan RR 20 x per menit, SpO₂ 98%.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan bisa 3x sehari habis 1 porsi makan, minum air putih sekitar 8 gelas sehari dan ngopi 2 gelas per hari.

Saat dikaji : pola makan klien sehari 3 kali selama sakit klien hanya menghabiskan setengah porsi karena kurang nafsu makan akibat nyeri.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1x sehari berbau khas, berwarna kuning, bertekstur lembek dan BAK 6-8 kali sehari berbau khas, berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : pasien selama dirawat di rumah sakit sudah 2 hari belum BAB dan saat ini terpasang DC sehari memproduksi sekitar 1000 cc per hari.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai wiraswasta usahanya sendiri dan tidak mengalami keterbatasan dalam beraktivitas, tangan dan kaki bisa bekerja secara normal tanpa keluhan.

Saat dikaji : pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena keterbatasan adanya luka dan terasa nyeri terutama luka post operasi di paha kanan.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, saat tidur malam 6-8 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan sudah tidur terganggu karena nyerinya, sering terbangun bisa tidur hanya sekitar 4 jam pada malam hari

f. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila kepanasan klien menggunakan kipas angin untuk mendinginkan. Klien mengatakan saat musim dingin menggunakan pakaian tebal dengan jaket, saat musim panas klien sering menggunakan pakaian tipis seperti kaos.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat siang hari terasa panas selimutnya digunakan hanya sebatas menutupi kakinya sedangkan pada malam hari selimutnya digunakan seluruh badan sampai leher.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpakaian seadanya, kancing baju di kancingkan bila ber krah dan mampu berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan berpakaian dibantu oleh keluarga klein berpakaian kaos pendek dan tidak memakai celana ditutupi menggunakan selimut.

h. Pola Gerak dan Keseimbangan

Sebelum sakit :

Saat dikaji : pasien menngatakan gerakan terbatas apalagi pada kaki kanan belum bisa berjalan hanya tiduran ditempat tidur.

i. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi dengan pasta gigi dan mencuci wajah dengan sabun mandi, memakai baju bersih.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, cuci muka serta gosok gigi dibantu keluarga.

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan komunikasi lancar dengan bahasa Indonesia, klien mengatakan bisa berbahasa Indonesia dan Jawa.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak ada keterbatasan komunikasi bisa menggunakan bahasa Indonesia maupun Jawa

k. Pola Aman & Nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan merasa nyaman dirumah dan merasa aman saat berada di lingkungan rumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit merasa kurang nyaman karena banyak orang dan kadang berisik ditambah rasa nyeri kakiknya.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan kewajibannya untuk sholat 5 waktu secara sendiri dirumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan ibadah sholat dengan berbaring dan tayamum

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila jenuh klien kadang pergi bersama keluarganya untuk berlibur selain itu kadang berlibur saat musim lebaran dan tahun baru.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat ini hiburannya dengan memonton video di hp.

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpendidikan SLTP kadang mencari informasi kesehatan terkait sakit umum melalui hp.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum mengetahui perawatan post operasi saat ini klien mengetahui kondisi sakitnya dari penjelasan dokter serta perawat

5. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : cukup
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Tanda-tanda Vital

TD : 142/68 mmHg

N : 99 x/menit

RR : 20 x/menit

S : S: 36.2 ° C

SPO₂ : 98%

6. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- a. Kepala

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, rambut sudah ada yang beruban, tidak ada nyeri tekan

- b. Mata

Simetris, konjungtiva anemis, sclera tida ikterik

- c. Hidung

Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada polip

- d. Mulut

Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, gigi tampak bersih, dan lidah bersih

e. Telinga

Simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran JVP

g. Dada

Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, tidak ada penguunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada.

P : Vokal fremitus sama pada kedua dinding dada.

P : Terdengar suara sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

Jantung

I : Tidak tampak Ictus Cordis (IC), tidak ada jejas

P : IC teraba di ICS 5 midclavikula sinistra

P : Terdengar pekak

A : Terdengar Lub-dub, tidak ada suara tambahan

h. Abdomen

I : Abdomen tidak ada luka, perut sedikit buncit

A : Tidak ada peningkatan peristaltik 15 x/menit

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Terdengar tympani

i. Ekstremitas

Atas : tangan kiri terpasang IVFD, tangan kanan kiri tidak ada edema

Bawah : kaki kanan bagian paha terbalut perban, kaki kiri tidak ada masalah

Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 2, kiri bawah 5

j. Kulit

Turgor kulit bagus, CRT <3 detik, kulit sawo matang bersih, tidak ada lesi

k. Genetalia

Terpasang DC, berjenis kelamin laki-laki

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tanggal 6 Mei 2024 pukul 06.02 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Kesimpulan
Hemoglobin	8.0	13.2–17.3 g/dL	L
Leukosit	10070	3600-11000/uL	
Hematokrit	23	40-52%	L
Eritrosit	4.11	4.40-5.90 10^6 /uL	
Trombosit	200100	150000-440000	
MCV	76.2	80-100 fL	
MCH	26.2	26-34 pg/cell	
MCHC	32.1	32-36%	
RDW	14.0	11.5-14.5%	
MPV	11.2	9.4-12.3 fL	
Basofil	0.1	0-1%	
Eosinofil	0.0	2-4%	
Batang	0.5	3-5%	
Segmen	80.3	50-70%	
Limfosit	2.9	25-40%	
Monosit	0.5	2-8%	
Neutrofil	69.1	50.0-70.0%	

b. Pemeriksaan Radiologi: Rotgen Femur Dekstra tanggal 5 Mei 2024

Hasil: Terpasang fiksasi interna berupa plate dan scre pada 1/3 proksimal, 1/3 tengah diafisis os femur kanan, kedudukan cukup baik, struktur tulang baik



8. Terapi Medis

NO	OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD RL	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg/12 jam	Meredakan nyeri dan peradangan
3	Antrain	1 gr/8 jam	Mengurnagi nyeri
4	Omeprazol	40mg/24 jam	Mengatasi tukak lambung
5	Ceftriaxone	1gr/12 jam	Antibiotik untuk mencegah infeksi

B. MASALAH KEPERAWATAN

1. Analisa Data

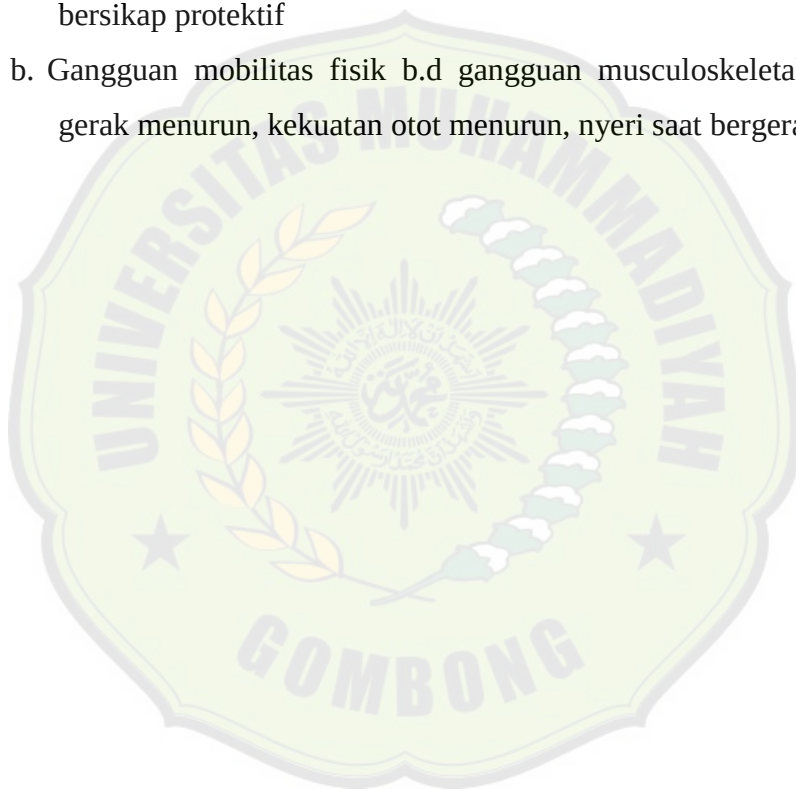
NO	DATA FOKUS	PATHWAY	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi - P: saat bergerak, - Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kanan - S: skala 6 - T: terus menerus - Pasien mengatakan tidak bisa tidur sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri. DO: - Pasien tampak meringis menekan nyeri, - Pasein tampak kurang nyaman	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi ↓ Impuls nyeri dikirim ke saraf perifer ↓	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)

	3. Terdapat luka post operasi di paha kanan serta terpasang drain 4. TD: 142/68 mmHg 5. N: 99 x/menit.	Stimulus nyeri ↓ Nyeri Akut		
2.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin 2. Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya 3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya DO: 1. Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan 2. H-1 post operasi 3. Tampak terbaring ditempat tidur 4. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Imobilisasi ekstremitas bawah are operasi ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	5. Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 2, kiri bawah 5.			
--	--	--	--	--

2. Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal d.d rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak



3. Intervensi Keperawatan

NO DX KEP	INTERVENSI		
	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender Edukasi	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Perawat mendapatkan data untuk mengurangi nyeri 2. Perawat mengetahui skala nyeri klien 3. Mengetahui status keberhasilan terapi yang sudah diberikan Terapeutik 1. Perawat mengajari agar klien bisa mengurangi nyeri tanpa obat Edukasi

		1. Ajarkan tehnik Non farmakalogis berupa relaksasi benson dan aromaterapi lavender 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac	1. Klien dapat melakukan teknik relaksai benson dan penggunaan aromaterapi lavender 2. Klien dapat mengalihkan nyeri dengan tidur 3. Perawat mendapatkan data tentang penyebab periode dan pemicu nyeri dan memberikan pengertian kepada klien Kolaborasi 1. Klien merasa nyaman jika diberi obat analgetik
2.	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan intevensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Mengumpulkan data terkait keluhan fisik dan mengetahui status kesehatan klien 2. Mengetahui batas kemampuan klien dalam pergerakan

	2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	3. Mengumpulakn data untuk mengurangi risiko cedera 4. Mengetahui kondisi klien secara keseluruhan Terapeutik 1. Mempermudah klien dalam mobilisasi dengan alat bantu yang ada 2. Membantu klien dalam mobilisasi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga dalam membantu klien. Edukasi 1. Menambah pengetahuan klien terkait tujuan mobilisasi 2. Mampu melakukan mobilisasi dini 3. Klien mampu melakukan mobilisasi secara sederhana duduk ditempat tidur, dan berpindah
--	---	---	--

4. Implementasi Keperawatan

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
6/5/24 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kanan, S: skala 6, T: terus menerus. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri O: Pasien tampak meringis menekan nyeri, Pasein tampak kurang nyaman TD: 142/68 mmHg, N: 99 x/menit	
6/5/24 09.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 142/68 mmHg, N: 99 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.2 ° C, SpO ₂ 98%.	
6/5/24 10.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Paeien mengatakan telah dilakukan orerasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarg	
10.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson	

			O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
6/5/24 10.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul. O:ekpresi meringis menurun, tampak nyaman	
6/5/24 11.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser O: Pasien tampak bisa melakukan rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak hanya bisa tiduran di tempat tidur	
6/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunggunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
6/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 139/71 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.3 ° C, SpO ₂ 98%.	
6/5/24 12.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa antrain 1 gram per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
7/5/24 08.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul.	

			O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
7/5/24 08.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 137/72 mmHg, N: 86 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4 ° C, SpO ₂ 98%.	
7/5/24 09.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
09.45	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rileks dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
7/5/24 10.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul, pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun. O: ekpresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks	
7/5/24	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser	

11.00		tempat duduk dan berjalan)	Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dibantu dengan sandaran tempat tidur yang ditinggikan Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 3, kiri bawah 5.	
7/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
7/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 121/69 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98%	
7/5/24 13.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa antrain 1 gram per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
8/5/24 14.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul. O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
8/5/24 14.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 137/72 mmHg, N: 86 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4 ° C, SpO₂ 98%.	

8/5/24 15.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
16.00	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rileks dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
8/5/24 16.15	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul. O: pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender	
8/5/24 17.00	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 129/78 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98%.	
8/5/24	1	Memberikan terapi farmakologi berupa	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat	

18.00		keterolac 30 mg, ceftiraxon 1 gr per IV	O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
8/5/24 19.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki sudah bisa diangkat dan bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk ditepian tempat tidur O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dan tampak duduk ditepian tempat tidur Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 4, kiri bawah 5.	
8/5/24 19.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	

6. Evaluasi Keperawatan

TGL	DX KEP	EVALUASI	TTD
6/5/24 13.30	1	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul O: Ekpresi meringis menurun, tampak nyaman, TD: 139/71 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.3 ° C, SpO₂ 98%. A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
6/5/24 13.40	2	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-1 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 2, kiri bawah 5	
7/5/24 13.30	1	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul	

		Pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun O: Ekpresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks, TD: 121/69 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98% A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
7/5/24 13.30	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah mulai bisa menggerakkan kaki kanan Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-2 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur sudah mulai latihan duduk dibantu dengan tempat tidur bagian kepala ditinggikan Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 2, kiri bawah 5	
8/5/24 20.30	1	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. Pasien mengatakan sudah bisa tidur sejak Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul O: Pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, klien tampak melakukan relaksasi benson sesuai yang diajarkan secara mandiri tanpa diajari.	

		Pasien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender, TD: 129/78 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98% A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, keulitan tidur menurun P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
8/5/24 20.40	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-3 post operasi Tampak sudha bisa duduk ditempat tepi tempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 3, kiri bawah 5	

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN 2

Tanggal Masuk : 5 Mei 2024 pukul 12.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 7 Mei 2024 pukul 09.00 WIB
Ruang : Seruni
Pengkaji : Khunsul Khanifah

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. N
Umur : 49 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SLTP
Pekerjaan : Petani
Alamat : Banjarwarno, Nusawungu
Diagnosa Medis : Post op ORIF Femur Sinistra

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 45 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Alamat : Banjarwarno, Nusawungu
Hubungan : Istri

2. Keluhan Utama:

Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kiri

3. Riwayat Kesehatan

d. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pengkajian tanggal 7 Mei 2024 pukul 09.00 WIB, Klien datang dengan keluhan utama nyeri kaki rujukan dari Siaga Medika Purwokerto setelah jatuh sekitar 5 hari smrs. Saat ini klien mengeluhkan P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri tersayat R: paha kiri sampai lutut, S: skala 6, T: hilang timbul. Saat dikaji didapat klien tampak lemas, terdapat drain di paha kiri, terpasang IVFD RL 500 cc/8jam, aktivitas terbatas dan dibantu sepenuhnya oleh keluarga, hasil TTV yaitu TD: 113/67 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37 ° C, SpO₂ 98%, klien terlihat gelisah, meringis menahan sakit, dan melindungi area sakit saat mau disentuh.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki riwayat sakit apapun sampai dirawat di rumah sakit, jika sakit hanya berobat di dokter umum biasa. Klien jatuh sekitar 5 hari smrs dan dirujuk dari RS Siaga Medika Purwokerto dengan dx cf fraktur femur sinistra

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit turunan seperti DM, Jantung, Asma, Hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan bisa bernapas tanpa ada gangguan, dan tidak ada keluhan pernapasan

Saat dikaji : pasien tanpa ada gangguan tidak menggunakan bantuan alat pernapasan dengan RR 20 x per menit, SpO₂ 98%.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan bisa 3x sehari habis 1 porsi makan dan camilan ringan saat siang hari, minum air putih sekitar 8 gelas perhari dan kopi 3 gelas per hari.

Saat dikaji : pola makan klien tidak menghasbiskan karena kurang napsu makan akibat nyeri

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1x sehari berbau khas, berwarna kuning, bertekstur lembek dan BAK 7 kali sehari berbau khas, berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : pasien selama dirawat dirumah sakit belum BAB dan saat ini terpasang DC sehari memproduksi sekitar 1000 cc per hari.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani mengerjakan swahnya sendiri dan kadang mendapat panggilan untuk mengurus sawah orang lain tidak mengalami keterbatasan dalam beraktivitas, tangan dan kaki bisa bekerja secara normal tanpa keluhan.

Saat dikaji : pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena keterbatasan adanya luka dan terasa nyeri terutama luka post operasi di paha kiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, saat tidur malam kurnag lebih 6 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur terganggu karena nyerinya, sering terbangun bisa tidur hanya sekitar 4 jam pada malam hari, mencoba tidur siang jika tidak nyeri.

f. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila kepanasan klien menggunakan kipas angin untuk mendinginkan. Klien mngatakan saat musim dingin menggunakan pakaian tebal dengan jaket, saat musim panas klien sering menggunakan pakaiann tipis seperti kaos.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat siang hari terasa panas tidak menggunakan slimutnya sedangkan jika malam hari slimutnya digunakan seluruh badan sampai leher.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpakaian seadanya, kancing baju di kancingkan bila ber krah dan mampu berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : klien berpakaian baju berkancing lengan panjang dan memakai sarung dibantu oleh keluarganya.

h. Pola Gerak dan Keseimbangan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bisa bergerak dengan bebas tanpa ada gangguan

Saat dikaji : pasien menngatakan gerakan terbatas apalagi pada kaki kanan belum bisa berjalan hanya tiduran ditempat tidur.

i. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi dengan pasta gigi dan mencuci wajah dengan sabun mandi, memakai baju bersih.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, cuci muka serta gosok gigi dibantu keluarga.

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan komunikasi lancar dengan bahasa Indonesia, klien mengatakan bisa berbahasa Indonesia dan Jawa.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak ada keterbatasan komunikasi bisa menggunakan bahasa Indonesia maupun Jawa

k. Pola Aman & Nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan merasa nyaman dirumah dan merasa aman saat berada di lingkungan rumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, dibantu keluarga.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan kewajibannya untuk sholat 5 waktu secara sendiri dirumah kadang pergi kemushola jika tidak lelah.

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan ibadah sholat dengan berbaring dan tayamum

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit jarang berlibur setiap harinya pergi ke sawah.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat ini hiburannya mengombrol dengan keluarga.

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : berpendidikan SLTP mengetahui informasi kesehatan terkait sakit secara umum dari puskesmas.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum mengetahui perawatan post operasi saat ini klien mengetahui kondisi sakitnya dari penjelasan dokter serta perawat

5. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : cukup
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Tanda-tanda Vital
 - TD : 113/67 mmHg
 - N : 88 x/menit
 - RR : 22 x/menit
 - S : S: 36.2 ° C
 - SPO₂ : 98%

6. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- a. Kepala

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, rambut sudah ada yang beruban, tidak ada nyeri tekan
- b. Mata

Simetris, konjungtiva anemis, sclera tida ikterik
- c. Hidung

Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada polip
- d. Mulut

Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, gigi tampak bersih, dan lidah bersih

e. Telinga

Simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran JVP

g. Dada

Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, tidak ada penguunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada.

P : Vokal fremitus sama pada kedua dinding dada.

P : Terdengar suara sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

Jantung

I : Tidak tampak Ictus Cordis (IC), tidak ada jejas

P : IC teraba di ICS 5 midclavikula sinistra

P : Terdengar pekak

A : Terdengar Lub-dub, tidak ada suara tambahan

h. Abdomen

I : Abdomen tidak ada luka, perut sedikit buncit

A : Tidak ada peningkatan peristaltik 12 x/menit

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Terdengar tympani

i. Ekstremitas

Atas : tangan kiri terpasang IVFD, tangan kanan kiri tidak ada edema

Bawah : kaki kanan bagian paha terbalut perban, kaki kiri tidak ada masalah

Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2

j. Kulit

Turgor kulit bagus, CRT <3 detik, kulit sawo matang bersih, tidak ada lesi

k. Genetalia

Terpasang DC, berjenis kelamin laki-laki

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tanggal 7 Mei 2024 pukul 06.05 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Kesimpulan
Hemoglobin	11.4	13.2–17.3 g/dL	L
Leukosit	15350	3600-11000/uL	H
Hematokrit	33	40-52%	L
Eritrosit	4.11	4.40-5.90 10^6 /uL	
Trombosit	189000	150000-440000	
MCV	79.3	80-100 fL	L
MCH	26.0	26-34 pg/cell	
MCHC	33.7	32-36%	
RDW	13.6	11.5-14.5%	
MPV	10.1	9.4-12.3 fL	
Basofil	0.1	0-1%	
Eosinofil	0.0	2-4%	
Batang	0.5	3-5%	
Segmen	96.6	50-70%	H
Limfosit	2.3	25-40%	L
Monosit	0.5	2-8%	L
Neutrofil	97.1	50.0-70.0%	H

b. Pemeriksaan Radiologi: Rotgen Femur Sinistra tanggal 6 Mei 2024

Hasil: Terpasang fiksasi interna berupa plate dan screw pada 1/3 proksimal, 1/3 tengah diafisis os femur kiri, kedudukan cukup baik, struktur tulang baik.

8. Terapi Medis

NO	OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD RL	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg/8 jam	Meredakan nyeri dan peradangan
3	Ranitidin	50mg/12 jam	Mengatasi tukak lambung
4	Cefazolin	1gr/8 jam	Antibiotik untuk mencegah infeksi

B. MASALAH KEPERAWATAN

1. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	PATHWAY	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri tersayat R: paha kiri sampai lutut, S: skala 6, T: hilang timbul - Pasien mengatakan tidak bisa tidur setelah operasi karena terasa nyeri. DO: - Pasien terlihat gelisah, meringis menahan saki - Pasien terlihat melindungi area sakit saat mau disentuh - Terdapat luka post operasi di paha kiri serta terpasang drain - TD: 113/67 mmHg - N: 88 x/menit.	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi ↓ Impuls nyeri dikirim ke saraf perifer ↓ Stimulus nyeri ↓ Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
2.	DS: - Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin - Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kirinya	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya DO: 1. Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri 2. H ke-1 post operasi 3. Tampak terbaring ditempat tidur 4. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 5. Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2.	↓ Imobilisasi ekstremitas bawah are operasi ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik		
3.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri DO: 1. Terdapat luka post operasi dan drain di kaki kiri 2. Luka operasi tertutup perban 3. Luka post operasi H ke-1 4. Tidak ada rembesan 5. S: 37 °C 6. Leukosit: 15350/mm³ (H)	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi/drain ↓ Terdapat jalur mikroorganisme ↓ Risiko Infeksi	Efek prosedur invasi	Risiko Infeksi (D.0142)

2. Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal d.d rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak
- c. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasi



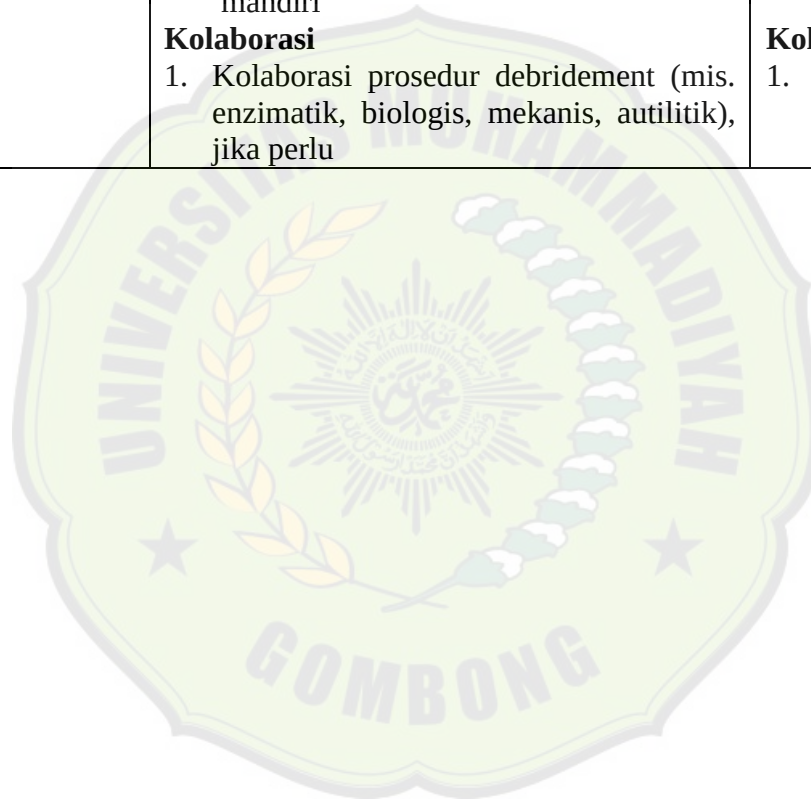
3. Intervensi Keperawatan

NO DX KEP	INTERVENSI		
	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender Edukasi 1. Ajarkan teknik Non farmakologis berupa relaksasi benson dan aromaterapi lavender 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Perawat mendapatkan data untuk mengurangi nyeri 2. Perawat mengetahui skala nyeri klien 3. Mengetahui status keberhasilan terapi yang sudah diberikan Terapeutik 1. Perawat mengajarkan agar klien bisa mengurangi nyeri tanpa obat Edukasi 1. Klien dapat melakukan teknik relaksasi benson dan penggunaan aromaterapi lavender 2. Klien dapat mengalihkan nyeri dengan tidur 3. Perawat mendapatkan data tentang penyebab periode dan pemicu nyeri dan memberikan pengertian kepada klien

		1. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac	Kolaborasi 1. Klien merasa nyaman jika diberi obat analgetik
2.	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Mengumpulkan data terkait keluhan fisik dan mengetahui status kesehatan klien 2. Mengetahui batas kemampuan klien dalam pergerakan 3. Mengumpulakn data untuk mengurangi risiko cedera 4. Mengetahui kondisi klien secara keseluruhan Terapeutik 1. Mempermudah klien dalam mobilisasi dengan alat bantu yang ada 2. Membantu klien dalam mobilisasi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga dalam membantu klien. Edukasi 1. Menambah pengetahuan klien terkait tujuan mobilisasi 2. Mampu melakukan mobilisasi dini 3. Klien mampu melakukan mobilisasi secara sederhana duduk ditempat tidur, dan berpindah

3.	Tingkat Infeksi L.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Cairan berbau busuk menurun	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1.25-1.5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Mengontrol kondisi luka klien 2. Mengkaji keadaan luka apakah ada tanda infeksi Terapeutik 1. Mengurangi rasa sakit 2. Mencegah dari terjadinya infeksi 3. Menjaga luka tetap bersih dengan cairan NaCl 4. Mencegah perluasan jaringan yang nekrotik sehingga dapat tumbuh jaringan baru 5. Mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka 6. Menutup luka dari masuknya bakteri 7. Menjaga agar luka tetap steril hingga mencegah terjadinya infeksi 8. Mengetahui kondisi luka dan mencegah infeksi 9. Mencegah terjadinya decubitus 10. Memenuhi kebutuhan tubuh untuk mempercepat penyembuhan luka 11. Mempercepat penyembuhan luka melalui asupan vitamin dan nutrisi Edukasi 1. Menambah informasi terkait tanda gejala infeksi
----	---	---	---

		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu	2. Memberikan wawasan terkait makanan yang bisa mempercepat penyembuhan luka 3. Mengajarkan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi Kolaborasi 1. Membantu pembersihan luka dengan debridement menghilangkan jaringan nekrotik jika memerlukan
--	--	--	--



4. Implementasi Keperawatan

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
7/5/24 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kiri, S: skala 6, T: terus menerus. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri O: Pasien tampak meringis menekan nyeri, Pasien tampak kurang nyaman	
7/5/24 09.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 113/67 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37 ° C, SpO ₂ 98%,	
7/5/24 09.30	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pens pada kaki kiri O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-1 Tidak ada rembesan S: 37 °C	
09.15	3	Memberikan edukasi terkait perawatan luka post operasi dan makanan yang baik untuk penyembuhan luka	S: Klien mengatakan belum mengetahui perawatan luka operasi yang benar dan yang baik. Klien mengatakan senang dengan diberikan informasi terkait perawatan luka yang benar. O: Klien tampak antusias dalam mendengarkan materi dan kooperatif Klien bisa menyebutkan kembali pengertian fraktur,	

			tujuan perawatan luka, tanda gejala infeksi, perawatan luka dengan benar.	
7/5/24 10.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
10.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rileks dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
7/5/24 10.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul. O:ekpresi meringis menurun, tampak nyaman	
7/5/24 11.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser O: Pasien tampak bisa melakukan rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak hanya bisa tiduran di tempat tidur	
7/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunggunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
7/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/72 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.9 ° C, SpO ₂ 98%.	
7/5/24 12.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ketorolac 30 mg, cefazolin per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
8/5/24 14.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul. O: ekspresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
8/5/24 14.45	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4° C, SpO ₂ 98%.	
8/5/24 15.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	

15.45	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
8/5/24 16.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul, pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun. O: ekspresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks	
8/5/24 16.45	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih nyeri post operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-2 Tidak ada rembesan S: 36.4 °C	
8/5/24 17.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dibantu dengan sandaran tempat tidur yang ditinggikan	

			Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 3, kanan bawah 5.	
8/5/24 17.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
8/5/24 17.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 117/69 mmHg, N: 74 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%	
8/5/24 18.05	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
9/5/24 14.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
9/5/24 14.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/69 mmHg, N: 79 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%.	
9/5/24 15.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerkaan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur	

			Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
16.00	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
9/5/24 16.15	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 2, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul. O: pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender	
9/5/24 17.00	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 118/69 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO ₂ 98%.	
9/5/24 18.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
9/5/24 19.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki sudah bisa diangkat dan bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk ditepian tempat tidur O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dan tampak duduk ditepian tempat tidur Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 4, kiri bawah 5.	
9/5/24 19.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
9/5/24 20.00	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih adanya nyeri pada kaki kiriinya, PAsein mengatakan tidak pernah demam setelah operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-3 Tidak ada rembesan S: 36.6 °C	

6. Evaluasi Keperawatan

TGL	DX KEP	EVALUASI	TTD
7/5/24 13.45	1	S: P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri tersayat mulai berkurang, R: paha kiri sampai lutut, S: skala 5, T: hilang timbul, aktivitas terbatas dan dibantu sepenuhnya oleh keluarga O: TD: 119/72 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.9 ° C, SpO₂ 98%, klien terlihat tidak gelisah, meringis, dan masih melindungi area sakit saat mau disentuh A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
7/5/24 13.50	2	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-1 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 2, kanan bawah 5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak aktif dan pasif	

7/5/24 13.55	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-1 Tidak ada rembesan S: 36.9 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
8/5/24 13.30	1	S: P: nyeri bertambah saat bergerak berkurang, Q: nyeri tersayat mulai berkurang, R: paha kiri, S: skala 3, T: hilang timbul Aktivitas terbatas dan dibantu sepenuhnya oleh keluarga O: TD: 117/69 mmHg, N: 74 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO₂ 98%, Klien terlihat tidak gelisah, tidak meringis, dan sudah tidak melindungi area sakit saat mau disentuh A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
8/5/24 13.30	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah mulai bisa menggerakkan kaki kanan Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-2 post operasi	

		Tampak terbaring ditempat tidur sudah mulai latihan duduk dibantu dengan tempat tidur bagian kepala ditinggikan Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 2, kiri bawah 5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latih rentang gerak aktif dan pasif	
8/5/24 13.55	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-2 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 36.6 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
9/5/24 20.45	1	S: yang P: nyeri bertambah saat bergerak mulai berkurang, Q: nyeri tersayat berkurang, R: paha kiri, S: skala 2, T: hilang timbul, Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul O: Klien tampak tidak lesu, tidak meringis, klien terlihat sudah tidak gelisah, tidak melindungi area sakit saat mau disentuh. Klien terlihat lebih nyaman dan rileks, TD: 119/69 mmHg, N: 79 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.7, ° C SpO₂ 98% A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, keulitan tidur menurun	

		P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
9/5/24 20.40	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-3 post operasi Tampak sudah bisa duduk ditempat tepi tempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 3, kiri bawah 5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak aktif dan pasif dirumah serta libatkan keluarga dalam aktivitasnya	
9/5/24 20.45	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drain di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-3 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 36.5 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, Ciaran berbau busuk menurun P: Hentikan intervensi, anjurkan untuk ganti perban per hari dirumah, dan menghabiskan obat yang diberikan	

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN 3

Tanggal Masuk : 11 Mei 2024 pukul 14.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 13 Mei 2024 pukul 08.00 WIB
Ruang : Seruni
Pengkaji : Khunsul Khanifah

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Sdr. D
Umur : 24 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Belum bekerja
Alamat : Karangsalam, Baturaden
Diagnosa Medis : Post op ORIF Femur Sinistra

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. B
Umur : 50 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Karangsalam, Baturaden
Hubungan : Orang tua

2. Keluhan Utama:

Pasien mengelukan nyeri pada kaki kiri setelah operasi

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pengkajian tanggal 13 Mei 2024 pukul 08.00 WIB, Pasien mengatakan P: nyeri post operasi semakin sakit saat bergerak, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 6, T: hilang timbul saat nyeri sekitar 5-10 menit. Pasien mengeluhkan tidak bisa bergerak bebas dan terganggu mobilitasnya. Saat dikaji klien tampak lemas, terbaring ditempat tidur, klien terlihat mahan nyeri, memegang area nyeri, hasil TTV yaitu TD: 120/70 mmHg, N: 80 x/menit RR: 20 x/menit, S: 36.1 ° C, SpO₂ 99%.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat sakit yang berat sehingga harus dirawat di rumah sakit. Pasien hanya sakit batuk pilek dan sembuh dengan berobat ke dokter keluarga. Pasien mengatakan riwayat kecelakaan sehingga langsung dibawa ke IGD RSMS

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit turunan seperti DM, Jantung, Asma, Hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan bisa bernapas tanpa ada gangguan, dan tidak ada keluhan pernapasan

Saat dikaji : pasien tanpa ada gangguan tidak menggunakan bantuan alat pernapasan dengan RR 20 x per menit, SpO₂ 98%.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan bisa 3x sehari habis 1 porsi makan, minum air putih sekitar 1 liter sehari dan kadang-kadang ngopi..

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak menghabiskan karena kurang nafsu makan akibat nyeri dan minum masih tetap banyak.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1x sehari berbau khas, berwarna kuning, bertekstur lembek dan BAK 7 kali sehari berbau khas, berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : pasien selama dirawat dirumah sakit belum BAB dan saat ini terpasang DC sehari memproduksi urin sekitar 1200 cc per hari.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan aktivitasnya masih kuliah S2 pergi ke kampus setiap hari, dapat beraktivitas secara normal tanpa keluhan.

Saat dikaji : pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena keterbatasan adanya luka dan terasa nyeri terutama luka post operasi di paha kiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, saat tidur malam kurang lebih 6 jam dan sering begadang di malam hari, jarang tidur siang

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur terganggu karena nyerinya, sering terbangun bisa tidur hanya sekitar 4 jam pada malam hari, mencoba tidur siang jika tidak nyeri.

f. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila kepanasan klien menggunakan kipas angin untuk mendinginkan. Klien mengatakan saat musim dingin menggunakan pakaian tebal dengan jaket, saat musim panas klien sering menggunakan pakaiannya tipis seperti kaos.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat siang hari terasa panas tidak menggunakan selimutnya sedangkan jika malam hari selimutnya digunakan seluruh badan sampai leher.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpakaian seadanya, kancing baju di kancingkan bila ber krah dan mampu berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : berpakaian dibantu oleh keluarga klien berpakaian baju berkancing pendek dan tidak memakai celana ditutupi menggunakan selimut.

h. Pola Gerak dan Keseimbangan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bisa bergerak dengan bebas tanpa ada gangguan

Saat dikaji : pasien mengatakan gerakan terbatas apalagi pada kaki kanan belum bisa berjalan hanya tiduran ditempat tidur.

i. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi dengan pasta gigi dan mencuci wajah dengan sabun mandi, memakai baju bersih.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, cuci muka serta gosok gigi dibantu keluarga.

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan komunikasi lancar dengan bahasa Indonesia, klien mengatakan bisa berbahasa Indonesia dan Jawa.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak ada keterbatasan komunikasi bisa menggunakan bahasa Indonesia maupun Jawa

k. Pola Aman & Nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan merasa nyaman dirumah dan merasa aman saat berada di lingkungan rumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, dibantu keluarga.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan kewajibannya untuk sholat 5 waktu secara sendiri dirumah kadang pergi kemushola jika tidak lelah.

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan ibadah sholat dengan berbaring dan tayamum

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit sering hiburannya dan main bermas temannya hamper setiap weekend.

Saat dikaji : pasien mengatakan weekend untuk saat ini dengan memonton youtube.

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : berpendidikan S1 mengetahui informasi kesehatan terkait sakit secara umum.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum mengetahui perawatan post operasi saat ini klien mengetahui kondisi sakitnya dari penjelasan dokter serta perawat

5. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : cukup
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Tanda-tanda Vital
 - TD : 120/70 mmHg
 - N : 80 x/menit
 - RR : 20 x/menit
 - S : 36.1 ° C
 - SPO₂ : 98%

6. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

l. Kepala

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, rambut sudah ada yang beruban, tidak ada nyeri tekan

m. Mata

Simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik

n. Hidung

Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada polip

o. Mulut

Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, gigi tampak bersih, dan lidah bersih

p. Telinga

Simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar

q. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran JVP

r. Dada

Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, tidak ada penguunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada.

P : Vokal fremitus sama pada kedua dinding dada.

P : Terdengar suara sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

Jantung

I : Tidak tampak Ictus Cordis (IC), tidak ada jejas

P : IC teraba di ICS 5 midclavikula sinistra

P : Terdengar pekak

A : Terdengar Lub-dub, tidak ada suara tambahan

s. Abdomen

I : Abdomen tidak ada luka, perut sedikit buncit

A : Tidak ada peningkatan peristaltik 11 x/menit

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Terdengar tympani

t. Ekstremitas

Atas : tangan kanan terpasang IVFD, tangan kanan kiri tidak ada edema

Bawah : kaki kiri bagian paha terbalut perban, kaki kanan tidak ada masalah

Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2

u. Kulit

Turgor kulit bagus, CRT <3 detik, kulit sawo matang bersih, tidak ada lesi

v. Genetalia

Terpasang DC, berjenis kelamin laki-laki

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tanggal 13 Mei 2024 pukul 06.07 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Kesimpulan
Hemoglobin	15.3	13.2–17.3 g/dL	
Leukosit	10110	3600-11000/uL	
Hematokrit	45	40-52%	
Eritrosit	5.67	4.40-5.90 10^6 /uL	
Trombosit	460000	150000-440000	
MCV	79.7	80-100 fL	L
MCH	27.0	26-34 pg/cell	
MCHC	33.8	32-36%	
RDW	13.2	11.5-14.5%	
MPV	9.9	9.4-12.3 fL	
Basofil	0.2	0-1%	
Eosinofil	0.7	2-4%	L
Batang	0.2	3-5%	L
Segmen	74.7	50-70%	H
Limfosit	19.6	25-40%	L
Monosit	4.6	2-8%	
Neutrofil	74.9	50.0-70.0%	H

b. Pemeriksaan Radiologi: Rotgen Femur Sinistra tanggal 12 Mei 2024

Hasil: Terpasang fiksasi interna berupa 1 plate dan 6 screw, kedudukan cukup baik, struktur tulang baik

8. Terapi Medis

NO	OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD RL	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg/8 jam	Meredakan nyeri dan peradangan
3	Ranitidin	50mg/12 jam	Mengatasi tukak lambung
4	Ceftriaxon	1gr/8 jam	Antibiotik untuk mencegah infeksi



B. MASALAH KEPERAWATAN

1. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	PATHWAY	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: 1. P: nyeri post operasi semakin sakit saat bergerak, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 6, T: hilang timbul saat nyeri sekitar 5-10 menit. 2. Klien mengeluhkan tidak bisa bergerak bebas dan terganggu mobilitasnya. DO: 1. klien tampak lemas, terbaring ditempat tidur, 2. klien terlihat mahan nyeri, memegang area nyeri 3. TD: 120/70 mmHg, N: 80 x/menit	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi ↓ Impuls nyeri dikirim ke saraf perifer ↓ Stimulus nyeri ↓ Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
2.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi 2. Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa mengerjakan kaki kirinya	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya DO: 1. Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri 2. H ke-1 post operasi 3. Tampak terbaring ditempat tidur 4. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 5. Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2.	↓ Imobilisasi ekstremitas bawah are operasi ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik		
--	---	--	--	--

2. Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal d.d rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak

3. Intervensi Keperawatan

NO DX KEP	INTERVENSI		
	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender Edukasi 1. Ajarkan teknik Non farmakologis berupa relaksasi benson dan aromaterapi lavender 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Perawat mendapatkan data untuk mengurangi nyeri 2. Perawat mengetahui skala nyeri klien 3. Mengetahui status keberhasilan terapi yang sudah diberikan Terapeutik 1. Perawat mengajarkan agar klien bisa mengurangi nyeri tanpa obat Edukasi 1. Klien dapat melakukan teknik relaksasi benson dan penggunaan aromaterapi lavender 2. Klien dapat mengalihkan nyeri dengan tidur 3. Perawat mendapatkan data tentang penyebab periode dan pemicu nyeri dan memberikan pengertian kepada klien

		1. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac	Kolaborasi 1. Klien merasa nyaman jika diberi obat analgetik
2.	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Mengumpulkan data terkait keluhan fisik dan mengetahui status kesehatan klien 2. Mengetahui batas kemampuan klien dalam pergerakan 3. Mengumpulakn data untuk mengurangi risiko cedera 4. Mengetahui kondisi klien secara keseluruhan Terapeutik 1. Mempermudah klien dalam mobilisasi dengan alat bantu yang ada 2. Membantu klien dalam mobilisasi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga dalam membantu klien. Edukasi 1. Menambah pengetahuan klien terkait tujuan mobilisasi 2. Mampu melakukan mobilisasi dini 3. Klien mampu melakukan mobilisasi secara sederhana duduk ditempat tidur, dan berpindah

4. Implementasi Keperawatan

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
6/5/24 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kanan, S: skala 6, T: terus menerus. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri O: Pasien tampak meringis menekan nyeri, Pasein tampak kurang nyaman TD: 142/68 mmHg, N: 99 x/menit	
6/5/24 09.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 142/68 mmHg, N: 99 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.2 ° C, SpO ₂ 98%.	
6/5/24 10.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Paeien mengatakan telah dilakukan orerasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarg	
10.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson	

			O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
6/5/24 10.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul. O:ekpresi meringis menurun, tampak nyaman	
6/5/24 11.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser O: Pasien tampak bisa melakukan rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak hanya bisa tiduran di tempat tidur	
6/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunggunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
6/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 139/71 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.3 ° C, SpO ₂ 98%.	
6/5/24 12.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa antrain 1 gram per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
7/5/24 08.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul.	

			O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
7/5/24 08.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 137/72 mmHg, N: 86 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4 ° C, SpO ₂ 98%.	
7/5/24 09.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
09.45	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rileks dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
7/5/24 10.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul, pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun. O: ekpresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks	
7/5/24	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser	

11.00		tempat duduk dan berjalan)	Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dibantu dengan sandaran tempat tidur yang ditinggikan Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 3, kiri bawah 5.	
7/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
7/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 121/69 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98%	
7/5/24 13.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa antrain 1 gram per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
8/5/24 14.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul. O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
8/5/24 14.20	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 137/72 mmHg, N: 86 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4 ° C, SpO₂ 98%.	

8/5/24 15.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
16.00	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rileks dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
8/5/24 16.15	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul. O: pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender	
8/5/24 17.00	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 129/78 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98%.	
8/5/24	1	Memberikan terapi farmakologi berupa	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat	

18.00		keterolac 30 mg, ceftiraxon 1 gr per IV	O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
8/5/24 19.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki sudah bisa diangkat dan bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk ditepian tempat tidur O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dan tampak duduk ditepian tempat tidur Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 4, kiri bawah 5.	
8/5/24 19.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	

6. Evaluasi Keperawatan

TGL	DX KEP	EVALUASI	TTD
13/5/24 13.30	1	S: P: nyeri post operasi semakin sakit saat bergerak, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 5, T: hilang timbul saat nyeri sekitar 5-10 menit O: klien terlihat masih menahan nyeri, memegang area nyeri, TD: 118/70 mmHg, N: 71 x/menit RR: 20 x/menit, S: 36.3 ° C, SpO₂ 99%. A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
13/5/24 13.40	2	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kiri Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri H-1 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2 A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi, latih rentang gerak, dan libatkan keluarga dalam latihan rentang gerak pasien	

14/5/24 13.30	1	S: P: nyeri post operasi semakin sakit saat bergerak mulai berkurang, Q: nyeri tersayat-sayat berkurang, R: paha kiri, S: skala 4, T: hilang timbul saat nyeri sekitar 5 menit O: klien terlihat sudah masih menahan nyeri, tidak memegang area nyeri, TD: 117/68 mmHg, N: 79 x/menit RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO₂ 99%. A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
14/5/24 13.40	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah mulai bisa menggerakkan kaki kiri Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri H-2 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur sudah mulai latihan duduk dibantu dengan tempat tidur bagian kepala ditinggikan Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2 A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi, latih rentang gerak, dan libatkan keluarga dalam latihan rentang gerak pasien	
15/5/24 13.30	1	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul.	

		Pasien mengatakan sudah bisa tidur sejak Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul O: Pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, klien tampak melakukan relaksasi benson sesuai yang diajarkan secara mandiri tanpa diajari. Pasien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaksasi benson dan aromaterapi lavender, TD: 129/78 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO₂ 98% A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
15/5/24 13.40	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah bisa menggerakkan kaki kiri Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri H-3 post operasi Tampak sudah bisa duduk ditempat tepi tempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 3	

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN 4

Tanggal Masuk : 12 Mei 2024 pukul 13.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 14 Mei 2024 pukul 08.30 WIB
Ruang : Seruni
Pengkaji : Khunsul Khanifah

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Sdr. Z
Umur : 22 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Purwodadi, Ciamis
Diagnosa Medis : Post op ORIF Femur Sinistra

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. D
Umur : 61 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Purwodadi, Ciamis
Hubungan : Orang tua

2. Keluhan Utama:

Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kiri

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Hasil pengkajian tanggal 14 Mei 2024 pukul 08.30 WIB, Klien mengeluhkan nyeri setelah operasi. Klien mengatakan P: bertambah berrat saat bergerak, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 6, T: hilang timbul. Klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyerinya serta terbatas dalam mobilisasi. Saat dikaji didapat klien tampak terbaring lemas di atas tempat tidur, terpasang IVFD RL 500 cc/ 8 jam di tangan kanan, hasil TTV yaitu TD: 126/84 mmHg N: 87 x/menit, RR : 20 x/menit, S: 37.4 ° C SpO₂ 99%..

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki riwayat sakit apapun sampai dirawat dirumah sakit, jika sakit hanya berobat di dokter umum biasa. Klien jatuh sekitar 5 hari smrs dan dirujuk dari RS Siaga Medika Purwokerto dengan dx cf fraktur femur sinistra

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit turunan seperti DM, Jantung, Asma, Hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan bisa bernapas tanpa ada gangguan, dan tidak ada keluhan pernapasan

Saat dikaji : pasien tanpa ada gangguan tidak menggunakan bantuan alat pernapasan dengan RR 20 x per menit, SpO₂ 98%.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan bisa 3x sehari habis 1 porsi makan dan camilan ringan saat siang hari, minum air putih sekitar 8 gelas perhari dan kopi 3 gelas per hari.

Saat dikaji : pola makan klien tidak menghasbiskan karena kurang napsu makan akibat nyeri

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1x sehari berbau khas, berwarna kuning, bertekstur lembek dan BAK 7 kali sehari berbau khas, berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : pasien selama dirawat di rumah sakit belum BAB dan saat ini terpasang DC sehari memproduksi sekitar 1000 cc per hari.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani mengerjakan swahnya sendiri dan kadang mendapat panggilan untuk mengurus sawah orang lain tidak mengalami keterbatasan dalam beraktivitas, tangan dan kaki bisa bekerja secara normal tanpa keluhan.

Saat dikaji : pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena keterbatasan adanya luka dan terasa nyeri terutama luka post operasi di paha kiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, saat tidur malam kurang lebih 6 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur terganggu karena nyerinya, sering terbangun bisa tidur hanya sekitar 4 jam pada malam hari, mencoba tidur siang jika tidak nyeri.

f. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila kepanasan klien menggunakan kipas angin untuk mendinginkan. Klien mengatakan saat musim dingin menggunakan pakaian tebal dengan jaket, saat musim panas klien sering menggunakan pakaiannya tipis seperti kaos.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat siang hari terasa panas tidak menggunakan selimutnya sedangkan jika malam hari selimutnya digunakan seluruh badan sampai leher.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpakaian seadanya, kancing baju di kancingkan bila ber krah dan mampu berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : klien berpakaian baju berkancing lengan panjang dan memakai sarung dibantu oleh keluarganya.

h. Pola Gerak dan Keseimbangan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bisa bergerak dengan bebas tanpa ada gangguan

Saat dikaji : pasien mengatakan gerakan terbatas apalagi pada kaki kanan belum bisa berjalan hanya tiduran ditempat tidur.

i. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi dengan pasta gigi dan mencuci wajah dengan sabun mandi, memakai baju bersih.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, cuci muka serta gosok gigi dibantu keluarga.

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan komunikasi lancar dengan bahasa Indonesia, klien mengatakan bisa berbahasa Indonesia dan Jawa.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak ada keterbatasan komunikasi bisa menggunakan bahasa Indonesia maupun Jawa

k. Pola Aman & Nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan merasa nyaman dirumah dan merasa aman saat berada di lingkungan rumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, dibantu keluarga.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan kewajibannya untuk sholat 5 waktu secara sendiri dirumah kadang pergi kemushola jika tidak lelah.

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan ibadah sholat dengan berbaring dan tayamum

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit jarang berlibur setiap harinya pergi ke sawah.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat ini hiburannya mengombrol dengan keluarga.

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : berpendidikan SLTP mengetahui informasi kesehatan terkait sakit secara umum dari puskesmas.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum mengetahui perawatan post operasi saat ini klien mengetahui kondisi sakitnya dari penjelasan dokter serta perawat

5. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : cukup
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Tanda-tanda Vital
 - TD : 126/84 mmHg
 - N : 87 x/menit
 - RR : 20 x/menit
 - S : S: 37.4 ° C
 - SPO₂ : 98%

6. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- a. Kepala

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, rambut sudah ada yang beruban, tidak ada nyeri tekan
- b. Mata

Simetris, konjungtiva anemis, sclera tida ikterik
- c. Hidung

Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada polip
- d. Mulut

Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, gigi tampak bersih, dan lidah bersih

e. Telinga

Simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran JVP

g. Dada

Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, tidak ada penguunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada.

P : Vokal fremitus sama pada kedua dinding dada.

P : Terdengar suara sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

Jantung

I : Tidak tampak Ictus Cordis (IC), tidak ada jejas

P : IC teraba di ICS 5 midclavikula sinistra

P : Terdengar pekak

A : Terdengar Lub-dub, tidak ada suara tambahan

h. Abdomen

I : Abdomen tidak ada luka, perut sedikit buncit

A : Tidak ada peningkatan peristaltik 12 x/menit

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Terdengar tympani

i. Ekstremitas

Atas : tangan kiri terpasang IVFD, tangan kanan kiri tidak ada edema

Bawah : kaki kanan bagian paha terbalut perban, kaki kiri tidak ada masalah

Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2

j. Kulit

Turgor kulit bagus, CRT <3 detik, kulit sawo matang bersih, tidak ada lesi

k. Genetalia

Terpasang DC, berjenis kelamin laki-laki

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tanggal 14 Mei 2024 pukul 06.05 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Kesimpulan
Hemoglobin	13.5	13.2–17.3 g/dL	
Leukosit	16340	3600-11000/uL	H
Hematokrit	33	40-52%	L
Eritrosit	4.11	4.40-5.90 10^6 /uL	
Trombosit	189000	150000-440000	
MCV	79.3	80-100 fL	L
MCH	26.0	26-34 pg/cell	
MCHC	33.7	32-36%	
RDW	13.6	11.5-14.5%	
MPV	10.1	9.4-12.3 fL	
Basofil	0.1	0-1%	
Eosinofil	0.0	2-4%	
Batang	0.5	3-5%	
Segmen	96.6	50-70%	H
Limfosit	2.3	25-40%	L
Monosit	0.5	2-8%	L
Neutrofil	97.1	50.0-70.0%	H

b. Pemeriksaan Radiologi: Rotgen Femur Sinistra tanggal 6 Mei 2024

Hasil: Terpasang fiksasi interna berupa 1 plate dan 6 screw di proksimal femur sinistra, os femur sinistra proksimal, kedudukan cukup baik, struktur tulang baik.

8. Terapi Medis

NO	OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD RL	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg/8 jam	Meredakan nyeri dan peradangan
3	Ranitidin	50mg/12 jam	Mengatasi tukak lambung
4	Cefazolin	1gr/8 jam	Antibiotik untuk mencegah infeksi



B. MASALAH KEPERAWATAN

7. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	PATHWAY	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: 1. P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri tersayat R: paha kiri sampai lutut, S: skala 6, T: hilang timbul 2. Pasien mengatakan tidak bisa tidur setelah operasi karena terasa nyeri. DO: 1. Pasien terlihat gelisah, meringis menahan saki 2. Pasien terlihat melindungi area sakit saat mau disentuh 3. Terdapat luka post operasi di paha kiri serta terpasang drain 4. TD: 113/67 mmHg 5. N: 88 x/menit.	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi ↓ Impuls nyeri dikirim ke saraf perifer ↓ Stimulus nyeri ↓ Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
2.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin 2. Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kirinya	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya DO: 1. Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri 2. H ke-1 post operasi 3. Tampak terbaring ditempat tidur 4. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 5. Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2.	↓ Imobilisasi ekstremitas bawah are operasi ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik		
3.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri DO: 1. Terdapat luka post operasi dan drain di kaki kiri 2. Luka operasi tertutup perban 3. Luka post operasi H ke-1 4. Tidak ada rembesan 5. S: 37.4 °C 6. Leukosit: 16340/mm³ (H)	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi/drain ↓ Terdapat jalur mikroorganisme ↓ Risiko Infeksi	Efek prosedur invasi	Risiko Infeksi (D.0142)

8. Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal d.d rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak
- c. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasi



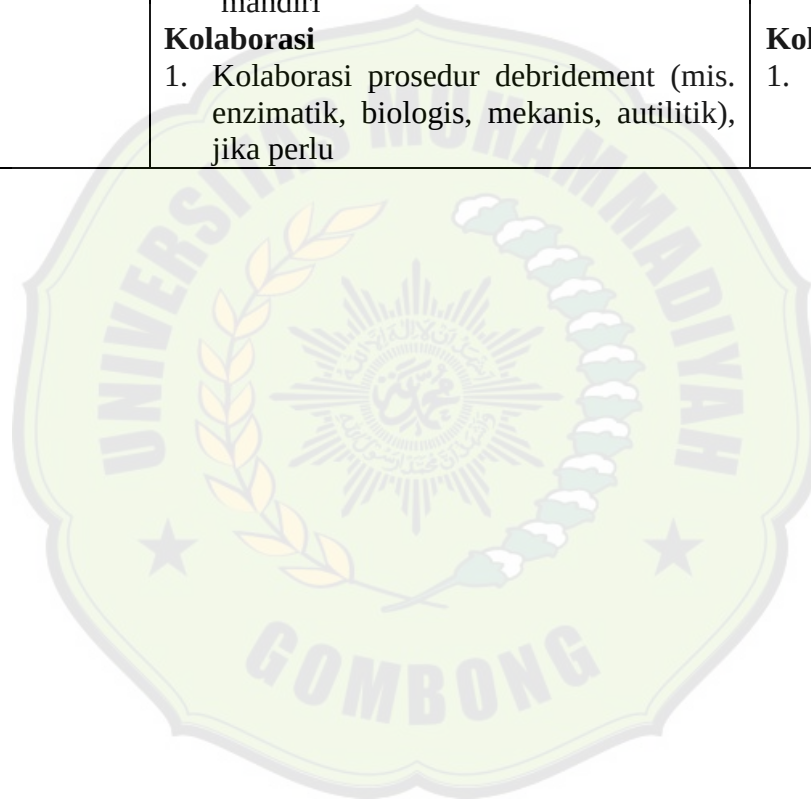
9. Intervensi Keperawatan

NO DX KEP	INTERVENSI		
	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender Edukasi 1. Ajarkan teknik Non farmakologis berupa relaksasi benson dan aromaterapi lavender 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Perawat mendapatkan data untuk mengurangi nyeri 2. Perawat mengetahui skala nyeri klien 3. Mengetahui status keberhasilan terapi yang sudah diberikan Terapeutik 1. Perawat mengajari agar klien bisa mengurangi nyeri tanpa obat Edukasi 1. Klien dapat melakukan teknik relaksasi benson dan penggunaan aromaterapi lavender 2. Klien dapat mengalihkan nyeri dengan tidur 3. Perawat mendapatkan data tentang penyebab periode dan pemicu nyeri dan memberikan pengertian kepada klien

		1. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac	Kolaborasi 1. Klien merasa nyaman jika diberi obat analgetik
2.	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Mengumpulkan data terkait keluhan fisik dan mengetahui status kesehatan klien 2. Mengetahui batas kemampuan klien dalam pergerakan 3. Mengumpulakn data untuk mengurangi risiko cedera 4. Mengetahui kondisi klien secara keseluruhan Terapeutik 1. Mempermudah klien dalam mobilisasi dengan alat bantu yang ada 2. Membantu klien dalam mobilisasi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga dalam membantu klien. Edukasi 1. Menambah pengetahuan klien terkait tujuan mobilisasi 2. Mampu melakukan mobilisasi dini 3. Klien mampu melakukan mobilisasi secara sederhana duduk ditempat tidur, dan berpindah

3.	Tingkat Infeksi L.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Cairan berbau busuk menurun	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1.25-1.5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Mengontrol kondisi luka klien 2. Mengkaji keadaan luka apakah ada tanda infeksi Terapeutik 1. Mengurangi rasa sakit 2. Mencegah dari terjadinya infeksi 3. Menjaga luka tetap bersih dengan cairan NaCl 4. Mencegah perluasan jaringan yang nekrotik sehingga dapat tumbuh jaringan baru 5. Mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka 6. Menutup luka dari masuknya bakteri 7. Menjaga agar luka tetap steril hingga mencegah terjadinya infeksi 8. Mengetahui kondisi luka dan mencegah infeksi 9. Mencegah terjadinya decubitus 10. Memenuhi kebutuhan tubuh untuk mempercepat penyembuhan luka 11. Mempercepat penyembuhan luka melalui asupan vitamin dan nutrisi Edukasi 1. Menambah informasi terkait tanda gejala infeksi
----	---	---	---

		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu	2. Memberikan wawasan terkait makanan yang bisa mempercepat penyembuhan luka 3. Mengajarkan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi Kolaborasi 1. Membantu pembersihan luka dengan debridement menghilangkan jaringan nekrotik jika memerlukan
--	--	--	--



10. Implementasi Keperawatan

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
14/5/24 08.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kiri, S: skala 6, T: terus menerus. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri O: Pasien tampak meringis menekan nyeri, Pasien tampak kurang nyaman	
14/5/24 08.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 113/67 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37 ° C, SpO ₂ 98%,	
14/5/24 09.30	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pens pada kaki kiri O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-1 Tidak ada rembesan S: 37 °C	
09.15	3	Memberikan edukasi terkait perawatan luka post operasi dan makanan yang baik untuk penyembuhan luka	S: Klien mengatakan belum mengetahui perawatan luka operasi yang benar dan yang baik. Klien mengatakan senang dengan diberikan informasi terkait perawatan luka yang benar. O: Klien tampak antusias dalam mendengarkan materi dan kooperatif Klien bisa menyebutkan kembali pengertian fraktur,	

			tujuan perawatan luka, tanda gejala infeksi, perawatan luka dengan benar.	
14/5/24 10.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Paseien mengatakan telah dilakukan orerasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerkaan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarg	
10.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengeikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
14/5/24 10.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul. O:ekpresi meringis menurun, tampak nyaman	
14/5/24 11.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak hanya bisa tiduran di tempat tidur	
14/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunggunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
14/5/24 11.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/72 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.9 ° C, SpO ₂ 98%.	
14/5/24 12.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ketorolac 30 mg, cefazolin per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 08.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul. O: ekspresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
15/5/24 08.45	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4° C, SpO ₂ 98%.	
15/5/24 09.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	

09.45	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
15/5/24 10.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul, pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun. O: ekspresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks	
15/5/24 10.45	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih nyeri post operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-2 Tidak ada rembesan S: 36.4 °C	
15/5/24 11.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dibantu dengan sandaran tempat tidur yang ditinggikan	

			Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 3, kanan bawah 5.	
15/5/24 11.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
15/5/24 11.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 117/69 mmHg, N: 74 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%	
15/5/24 12.05	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 14.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
15/5/24 14.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/69 mmHg, N: 79 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%.	
15/5/24 15.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerkaan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur	

			Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
16.00	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengeikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
15/5/24 16.15	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 2, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul. O: pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender	
15/5/24 17.00	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 118/69 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO₂ 98%.	
15/5/24 18.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 19.00	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki sudah bisa diangkat dan bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk ditepian tempat tidur O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dan tampak duduk ditepian tempat tidur Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 4, kiri bawah 5.	
15/5/24 19.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
15/5/24 20.00	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih adanya nyeri pada kaki kiriinya, PAsein mengatakan tidak pernah demam setelah operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-3 Tidak ada rembesan S: 36.6 °C	

12. Evaluasi Keperawatan

TGL	DX KEP	EVALUASI	TTD
14/5/24 13.45	1	S: P: bertambah berrat saat bergerak, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 5, T: hilang timbul O: klien terlihat rileks dan nyaman, tidak gelisah, TD: 121/77 mmHg N: 82 x/menit, RR : 20 x/menit, S: 37.3 ° C SpO₂ 99% A: Maslah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
14/5/24 13.50	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-1 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 2, kanan bawah 5 A: Maslah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latih rentang gerak aktif dan pasif	
14/5/24 13.55	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka oeprasi tertutup perban	

		Luka post operasi H ke-1 Tidak ada rembesan S: 37.3 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
15/5/24 13.30	1	S: P: bertambah berrat saat bergerak berkurang, Q: nyeri tersayat-sayat berkurang, R: paha kiri, S: skala 3, T: hilang timbul, klien mengatakan sudah mulai bisa tidur nyeyak O: klien terlihat rileks dan nyaman, tidak gelisah, terlihat lebih segar, TD: 119/79 mmHg N: 78 x/menit, RR : 20 x/menit, S: 37 ° C SpO₂ 99%. A: Maslah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
15/5/24 13.30	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah mulai bisa menggerakkan kaki kiri Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri H-2 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur sudah mulai latihan duduk dibantu dengan tempat tidur bagian kepala ditinggikan Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 3 A: Maslah gangguan mobilitas fisik belum teratasi	

		P: Lanjutkan intervensi latih rentang gerak aktif dan pasif	
15/5/24 13.55	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-2 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 37.3 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
16/5/24 20.30	1	S: P: bertambah berat saat bergerak berkurang, Q: nyeri tersayat-sayat, R: paha kiri, S: skala 2, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul O: Klien tampak tidak lesu, tidak meringis, klien tampak melakukan relaksasi benson sesuai yang diajarkan secara mandiri tanpa diajari. Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaksasi benson dan aromaterapi levender, klien masih terbatas dalam mobilisasi, TD: 109/87 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO₂ 99% A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, keulitan tidur menurun P: Hentikan intervensi, Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender di rumah	
16/5/24 20.40	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah bisa menggerakkan kaki kanannya	

		Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-3 post operasi Tampak sudah bisa duduk ditempat tepi tempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 4 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak aktif dan pasif dirumah serta libatkan keluarga dalam aktivitasnya	
16/5/24 20.45	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drain di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-3 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 36.7 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, Ciaran berbau busuk menurun P: Hentikan intervensi, anjurkan untuk ganti perban per hari dirumah, dan menghabiskan obat yang diberikan	

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN 5

Tanggal Masuk : 12 Mei 2024 pukul 13.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 14 Mei 2024 pukul 09.00 WIB
Ruang : Seruni
Pengkaji : Khunsul Khanifah

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. W
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SLTP
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Kertamukti, Cimerak
Diagnosa Medis : Post op ORIF Femur Sinistra

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M
Umur : 30 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kertamukti, Cimerak
Hubungan : Istri

2. Keluhan Utama:

Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kiri

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Hasil pengkajian tanggal 14 Mei 2024 pukul 08.45 WIB, Klien datang dengan keluhan utama nyeri kaki kiri. Klien mengatakan P: nyeri setelah operasi bertambah saat bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: paha kiri, S: skala 5, T: hilang timbul. Saat dikaji klien tampak melindungi area nyeri pada paha kiri, tampak gelisah saat nyeri datang, aktivitas tampak dibantu oleh keluarganya, terpasang IVFD RL 500 cc/ 8 jam, hasil TTV yaitu TD: 123/79 mmHg N: 89 x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 37.3 ° C SpO₂ 98%

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat sakit seperti HT, Jantung dan lainnya, klien juga tidak pernah mondok dirumah sakit. Klien datang ke IGD RSMS dengan riwayat jatuh dari pohon sekitar 2 minggu lalu, dan belum periksa ke fasilitas kesehatan karena dianggap tidak luka ada luka terbuka dan melakukan pengobatan di tradisional sampai tidak membuahkan hasil akhirnya dibawa kerumah sakit

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita sakit turunan seperti DM, Jantung, Asma, Hipertensi.

4. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar Virginia Henderson

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan bisa bernapas tanpa ada gangguan, dan tidak ada keluhan pernapasan

Saat dikaji : pasien tanpa ada gangguan tidak menggunakan bantuan alat pernapasan dengan RR 20 x per menit, SpO₂ 98%.

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan bisa 3x sehari habis 1 porsi makan dan camilan ringan saat siang hari, minum air putih sekitar 8 gelas perhari dan kopi 3 gelas per hari.

Saat dikaji : pola makan klien tidak menghasbiskan karena kurang napsu makan akibat nyeri

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1x sehari berbau khas, berwarna kuning, bertekstur lembek dan BAK 7 kali sehari berbau khas, berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : pasien selama dirawat dirumah sakit belum BAB dan saat ini terpasang DC sehari memproduksi sekitar 1000 cc per hari.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani mengerjakan swahnya sendiri dan kadang mendapat panggilan untuk mengurus sawah orang lain tidak mengalami keterbatasan dalam beraktivitas, tangan dan kaki bisa bekerja secara normal tanpa keluhan.

Saat dikaji : pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga karena keterbatasan adanya luka dan terasa nyeri terutama luka post operasi di paha kiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang, saat tidur malam kurnag lebih 6 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur terganggu karena nyerinya, sering terbangun bisa tidur hanya sekitar 4 jam pada malam hari, mencoba tidur siang jika tidak nyeri.

f. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan apabila kepanasan klien menggunakan kipas angin untuk mendinginkan. Klien mngatakan saat musim dingin menggunakan pakaian tebal dengan jaket, saat musim panas klien sering menggunakan pakaiann tipis seperti kaos.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat siang hari terasa panas tidak menggunakan slimutnya sedangkan jika malam hari slimutnya digunakan seluruh badan sampai leher.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan berpakaian seadanya, kancing baju di kancingkan bila ber krah dan mampu berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : klien berpakaian baju berkancing lengan panjang dan memakai sarung dibantu oleh keluarganya.

h. Pola Gerak dan Keseimbangan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bisa bergerak dengan bebas tanpa ada gangguan

Saat dikaji : pasien mengatakan gerakan terbatas apalagi pada kaki kanan belum bisa berjalan hanya tiduran ditempat tidur.

i. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi menggunakan sabun mandi, menggosok gigi dengan pasta gigi dan mencuci wajah dengan sabun mandi, memakai baju bersih.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, cuci muka serta gosok gigi dibantu keluarga.

j. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan komunikasi lancar dengan bahasa Indonesia, klien mengatakan bisa berbahasa Indonesia dan Jawa.

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak ada keterbatasan komunikasi bisa menggunakan bahasa Indonesia maupun Jawa

k. Pola Aman & Nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan merasa nyaman dirumah dan merasa aman saat berada di lingkungan rumah.

Saat dikaji : pasien mengatakan selama dirumah sakit belum pernah mandi hanya diseka, dibantu keluarga.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan kewajibannya untuk sholat 5 waktu secara sendiri dirumah kadang pergi kemushola jika tidak lelah.

Saat dikaji : pasien mengatakan melakukan ibadah sholat dengan berbaring dan tayamum

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit jarang berlibur setiap harinya pergi ke sawah.

Saat dikaji : pasien mengatakan saat ini hiburannya mengombrol dengan keluarga.

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : berpendidikan SLTP mengetahui informasi kesehatan terkait sakit secara umum dari puskesmas.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum mengetahui perawatan post operasi saat ini klien mengetahui kondisi sakitnya dari penjelasan dokter serta perawat

5. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : cukup
- b. Kesadaran : composmetis
- c. Tanda-tanda Vital
 - TD : 123/79 mmHg
 - N : 89 x/menit
 - RR : 20 x/menit
 - S : S: 37.3 ° C
 - SPO₂ : 98%

6. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- a. Kepala

Kepala mesocephal, kulit kepala bersih, rambut sudah ada yang beruban, tidak ada nyeri tekan
- b. Mata

Simetris, konjungtiva anemis, sclera tida ikterik
- c. Hidung

Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada polip
- d. Mulut

Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada stomatitis, gigi tampak bersih, dan lidah bersih

e. Telinga

Simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran JVP

g. Dada

Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, tidak ada penguunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada.

P : Vokal fremitus sama pada kedua dinding dada.

P : Terdengar suara sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

Jantung

I : Tidak tampak Ictus Cordis (IC), tidak ada jejas

P : IC teraba di ICS 5 midclavikula sinistra

P : Terdengar pekak

A : Terdengar Lub-dub, tidak ada suara tambahan

h. Abdomen

I : Abdomen tidak ada luka, perut sedikit buncit

A : Tidak ada peningkatan peristaltik 12 x/menit

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Terdengar tympani

i. Ekstremitas

Atas : tangan kiri terpasang IVFD, tangan kanan kiri tidak ada edema

Bawah : kaki kanan bagian paha terbalut perban, kaki kiri tidak ada masalah

Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2

j. Kulit

Turgor kulit bagus, CRT <3 detik, kulit sawo matang bersih, tidak ada lesi

k. Genetalia

Terpasang DC, berjenis kelamin laki-laki

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tanggal 14 Mei 2024 pukul 06.11 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Kesimpulan
Hemoglobin	11.2	13.2–17.3 g/dL	L
Leukosit	15400	3600-11000/uL	H
Hematokrit	39	40-52%	L
Eritrosit	4.11	4.40-5.90 $10^6/uL$	
Trombosit	267000	150000-440000	
MCV	79.3	80-100 fL	L
MCH	26.0	26-34 pg/cell	
MCHC	33.7	32-36%	
RDW	13.6	11.5-14.5%	
MPV	10.1	9.4-12.3 fL	
Basofil	0.1	0-1%	
Eosinofil	0.0	2-4%	
Batang	0.5	3-5%	
Segmen	96.6	50-70%	H
Limfosit	2.3	25-40%	L
Monosit	0.5	2-8%	L
Neutrofil	97.1	50.0-70.0%	H

b. Pemeriksaan Radiologi: Rotgen Femur Sinistra tanggal 13 Mei 2024

Hasil: terpasang fiksasi interna berupa plate dan screw pada 1/3 media os femur sisnstra proksimal, garis fraktur kominutif pada 1/3 tengah diafisis os femur sinisra, aposisi dan aligment cukup baik, struktur tulang baik, tak tampak loosening.

8. Terapi Medis

NO	OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD RL	20 tpm	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg/8 jam	Meredakan nyeri dan peradangan
3	Ranitidin	50mg/12 jam	Mengatasi tukak lambung
4	Cefazolin	1gr/8 jam	Antibiotik untuk mencegah infeksi

B. MASALAH KEPERAWATAN

1. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	PATHWAY	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: 1. P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri tersayat R: paha kiri sampai lutut, S: skala 5, T: hilang timbul 2. Pasien mengatakan tidak bisa tidur setelah operasi karena terasa nyeri. DO: 1. Pasien terlihat gelisah, meringis menahan saki 2. Pasien terlihat melindungi area sakit saat mau disentuh 3. Terdapat luka post operasi di paha kiri serta terpasang drain 4. TD: 113/67 mmHg 5. N: 88 x/menit.	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi ↓ Impuls nyeri dikirim ke saraf perifer ↓ Stimulus nyeri ↓ Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)
2.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi kemarin 2. Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kirinya	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya DO: 1. Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri 2. H ke-1 post operasi 3. Tampak terbaring ditempat tidur 4. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 5. Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 2.	↓ Imobilisasi ekstremitas bawah are operasi ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan Mobilitas Fisik		
3.	DS: 1. Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri DO: 1. Terdapat luka post operasi dan drain di kaki kiri 2. Luka operasi tertutup perban 3. Luka post operasi H ke-1 4. Tidak ada rembesan 5. S: 37.3 °C 6. Leukosit: 15400/mm³ (H)	Kecelakaan (fraktur) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan tulang ↓ Pembedahan ORIF ↓ Luka insisi/drain ↓ Terdapat jalur mikroorganisme ↓ Risiko Infeksi	Efek prosedur invasi	Risiko Infeksi (D.0142)

2. Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d keluhan nyeri, meringis, bersikap protektif
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal d.d rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak
- c. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasi



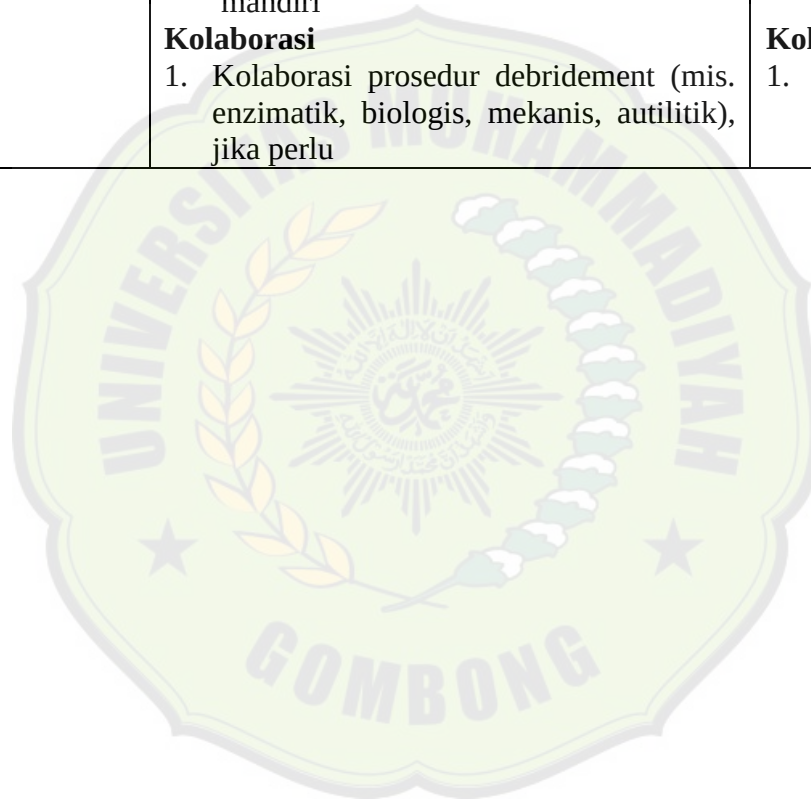
3. Intervensi Keperawatan

NO DX KEP	INTERVENSI		
	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONALISASI
1.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender Edukasi 1. Ajarkan teknik Non farmakologis berupa relaksasi benson dan aromaterapi lavender 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Perawat mendapatkan data untuk mengurangi nyeri 2. Perawat mengetahui skala nyeri klien 3. Mengetahui status keberhasilan terapi yang sudah diberikan Terapeutik 1. Perawat mengajarkan agar klien bisa mengurangi nyeri tanpa obat Edukasi 1. Klien dapat melakukan teknik relaksasi benson dan penggunaan aromaterapi lavender 2. Klien dapat mengalihkan nyeri dengan tidur 3. Perawat mendapatkan data tentang penyebab periode dan pemicu nyeri dan memberikan pengertian kepada klien

		1. Kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac	Kolaborasi 1. Klien merasa nyaman jika diberi obat analgetik
2.	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Mengumpulkan data terkait keluhan fisik dan mengetahui status kesehatan klien 2. Mengetahui batas kemampuan klien dalam pergerakan 3. Mengumpulakn data untuk mengurangi risiko cidera 4. Mengetahui kondisi klien secara keseluruhan Terapeutik 1. Mempermudah klien dalam mobilisasi dengan alat bantu yang ada 2. Membantu klien dalam mobilisasi 3. Memberikan kesempatan pada keluarga dalam membantu klien. Edukasi 1. Menambah pengetahuan klien terkait tujuan mobilisasi 2. Mampu melakukan mobilisasi dini 3. Klien mampu melakukan mobilisasi secara sederhana duduk ditempat tidur, dan berpindah

3.	Tingkat Infeksi L.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Cairan berbau busuk menurun	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1.25-1.5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi	Perawatan Luka I.14564 Observasi 1. Mengontrol kondisi luka klien 2. Mengkaji keadaan luka apakah ada tanda infeksi Terapeutik 1. Mengurangi rasa sakit 2. Mencegah dari terjadinya infeksi 3. Menjaga luka tetap bersih dengan cairan NaCl 4. Mencegah perluasan jaringan yang nekrotik sehingga dapat tumbuh jaringan baru 5. Mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka 6. Menutup luka dari masuknya bakteri 7. Menjaga agar luka tetap steril hingga mencegah terjadinya infeksi 8. Mengetahui kondisi luka dan mencegah infeksi 9. Mencegah terjadinya decubitus 10. Memenuhi kebutuhan tubuh untuk mempercepat penyembuhan luka 11. Mempercepat penyembuhan luka melalui asupan vitamin dan nutrisi Edukasi 1. Menambah informasi terkait tanda gejala infeksi
----	---	---	---

		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu	2. Memberikan wawasan terkait makanan yang bisa mempercepat penyembuhan luka 3. Mengajarkan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi Kolaborasi 1. Membantu pembersihan luka dengan debridement menghilangkan jaringan nekrotik jika memerlukan
--	--	--	--



4. Implementasi Keperawatan

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
14/5/24 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: paha kiri, S: skala 5, T: hilang timbul. Klien mengatakan tidak bisa tidur sejak sejak semalam setelah operasi karena terasa nyeri O: Pasien tampak meringis menekan nyeri, Pasien tampak kurang nyaman	
14/5/24 09.10	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 113/67 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37 ° C, SpO ₂ 98%,	
14/5/24 09.50	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan telah dilakukan operasi pemasangan pens pada kaki kiri O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-1 Tidak ada rembesan S: 37 °C	
10.30	3	Memberikan edukasi terkait perawatan luka post operasi dan makanan yang baik untuk penyembuhan luka	S: Klien mengatakan belum mengetahui perawatan luka operasi yang benar dan yang baik. Klien mengatakan senang dengan diberikan informasi terkait perawatan luka yang benar. O: Klien tampak antusias dalam mendengarkan materi dan kooperatif Klien bisa menyebutkan kembali pengertian fraktur,	

			tujuan perawatan luka, tanda gejala infeksi, perawatan luka dengan benar.	
14/5/24 10.45	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Paseien mengatakan telah dilakukan orerasi kemarin Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerkaan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarg	
11.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengeikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
14/5/24 11.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 5, T: hilang timbul. O:ekpresi meringis menurun, tampak nyaman	
14/5/24 12.20	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak hanya bisa tiduran di tempat tidur	
14/5/24 12.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunggunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	
14/5/24 12.30	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/72 mmHg, N: 81 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.9 ° C, SpO ₂ 98%.	
14/5/24 13.00	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ketorolac 30 mg, cefazolin per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 09.00	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 4, T: hilang timbul. O: ekspresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
15/5/24 09.15	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.4° C, SpO ₂ 98%.	
15/5/24 10.00	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	

11.15	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
15/5/24 11.30	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menurun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul, pasien mengatakan semalam sudah mulai bisa tidur walaupun masih terbangun. O: ekspresi meringis menurun, klien tampak segar tidak sayu tampak nyaman dan rileks	
15/5/24 11.45	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih nyeri post operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-2 Tidak ada rembesan S: 36.4 °C	
15/5/24 12.10	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki belum bisa diangkat hanya bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dibantu dengan sandaran tempat tidur yang ditinggikan	

			Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 3, kanan bawah 5.	
15/5/24 12.15	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
15/5/24 12.40	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 117/69 mmHg, N: 74 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%	
15/5/24 13.05	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 14.45	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: P: saat bergerak, Q: seperti tertusuk-tusuk menruun, R: paha kanan, S: skala 3, T: hilang timbul. O: ekpresi meringis menurun, tampak nyaman kurang	
15/5/24 14.50	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 119/69 mmHg, N: 79 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.5 ° C, SpO ₂ 98%.	
15/5/24 15.20	2	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerkaan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan Tampak terbaring ditempat tidur	

			Aktivitas tampak masih dibantu oleh keluarga	
17.00	1	Memberikan teknik non farmakologis teknik relaksasi benson dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatkan mengerti cara mengurnagi nyeri dengan relaksasi benson O: Pasien tampak rilekas dan bisa mengeikuti cara relaksasi benson Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi benson dan menghirup aromaterapi lavender	
15/5/24 17.15	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri setelah diberikan terapi	S: P: saat bergerak berkurang, Q: seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kanan, S: skala 2, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul. O: pasien tampak tidak lesu, tidak meringis, Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaskasi benson dan aromaterapi levender	
15/5/24 17.45	1,2	Memonitor TTV	S: - O: TD: 118/69 mmHg, N: 78 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.6 ° C, SpO₂ 98%.	
15/5/24 18.10	1	Memberikan terapi farmakologi berupa ranitidine 50 mg per IV	S: Klien mengatakan tidak sakit saat diberikan obat O: Klien tampak kooperatif dan tenang	
15/5/24 19.20	2	Mengajarkan mobilisasi sederhana (ROM aktif, berpindah tempat duduk dan berjalan)	S: Pasien mengatakan untuk kaki sudah bisa diangkat dan bisa bergeser Pasin mengatakan sudah mulai latihan duduk ditepian tempat tidur O: Pasien tampak bisa melakuakn rentang gerak secara aktif pada semua anggota gerak selain pada kaki kanan, keterbatasan gerak pada kaki kanan	

			Pasien tampak sudah bisa duduk siatas tempat tidur dan tampak duduk ditepian tempat tidur Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 4, kiri bawah 5.	
15/5/24 19.35	2	Melibatkan keluarga dalam aktivitas pasien	S: Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dan keluarganya selalu menunngunya O: Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Keluarga tampak memabantu saat latihan duduk	
15/5/24 20.20	3	Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	S: Pasien mengatakan masih adanya nyeri pada kaki kiriinya, PAsein mengatakan tidak pernah demam setelah operasi O: Terdapat luka post operasi di kaki kiri Luka post operasi tertutup perban Luka post operasi hari-3 Tidak ada rembesan S: 36.6 °C	

6. Evaluasi Keperawatan

TGL	DX KEP	EVALUASI	TTD
14/5/24 14.00	1	S: P: nyeri setelah operasi bertambah saat bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kiri, S: skala 4, T: hilang timbul O: klien terlihat sudah tidak melindungi area nyeri pada paha kiri, tidak gelisah, aktivitas tampak dibantu oleh keluarganya TD: 121/76 mmHg N: 91 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 37.4 ° C SpO₂ 98% A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
14/5/24 14.05	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, dan belum bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-1 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kiri bawah 2, kanan bawah 5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak aktif dan pasif	
14/5/24 14.15	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O:	

		Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-1 Tidak ada rembesan S: 37.3 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
15/5/24 13.50	1	S: P: nyeri setelah operasi bertambah saat bergerak berkurang, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk berkurang, R: paha kiri, S: skala 2, T: hilang timbul O: klien terlihat sudah tidak melindungi area nyeri pada paha kiri, tidak gelisah, tampak nyaman dan rileks, aktivitas tampak dibantu oleh keluarganya TD: 129/78 mmHg N: 87 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 37.2 ° C SpO₂ 98% A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi farmakologis sesuai program	
15/5/24 13.55	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah mulai bisa menggerakkan kaki kiri Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kiri H-2 post operasi Tampak terbaring ditempat tidur sudah mulai latihan duduk dibantu dengan tempat tidur bagian kepala ditinggikan Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga	

		Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 3 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak aktif dan pasif	
15/5/24 14.00	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-2 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 37.3 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi monitor tanda gejala infeksi, ganti balut per hari.	
16/5/24 20.50	1	S: P: nyeri setelah operasi bertambah saat bergerak mulai berkurang, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: paha kiri, S: skala 1, T: hilang timbul. Klien mengatakan sudah bisa tidur. Klien mengatakan kadang melakukan relaksasi benson saat nyeri muncul O: Klien tampak tidak lesu, tidak meringis, klien tampak sudah tidak melindungi area nyeri pada paha kiri, tidak tampak gelisah saat nyeri datang, aktivitas tampak dibantu oleh keluarganya, klien tampak melakukan relaksasi benson sesuai yang diajarkan dengan bantuan istrinya. Klien terlihat lebih nyaman dan rileks saat diberikan relaksasi benson dan aromaterapi lavender, TD: 122/79 mmHg, N: 96 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36.8 °C, SpO₂ 98% A: Masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi dengan kriteria hasil	

		keluhan nyeri menurun, meringis menurun, keulitan tidur menurun P: Hentikan intervensi, Lanjutkan terapi relaksasi benson dan aromaterapi lavender dirumah	
16/5/24 20.55	2	S: Pasien mengatakan kesulitan bergerak, sudah bisa menggerakkan kaki kanannya Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya O: Terdapat luka post operasi ditutup perban pada kaki kanan H-3 post operasi Tampak sudah bisa duduk ditempat tepi tempat tidur Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga Kekuatan otot kanan atas 5, kiri atas 5, kanan bawah 5, kiri bawah 4 A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi latih rentang gerak aktif dan pasif dirumah serta libatkan keluarga dalam aktivitasnya	
16/5/24 21.00	3	S: Pasien mengatakan telah dilakukan tindakan operasi pemasangan PENS dipaha kiri O: Terdapat luka post operasi dan drin di kaki kiri Luka operasi tertutup perban Luka post operasi H ke-3 Tidak ada rembesan Tidak ada gejala infeksi S: 36.8 °C A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, Ciaran berbau busuk menurun P: Hentikan intervensi, anjurkan untuk ganti perban per hari dirumah, dan menghabiskan obat yang diberikan	