

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN FRAKTUR FEMUR  
DEXTRA DISERTAI DIABETES MELITUS DAN Tn. H DENGAN  
FRAKTUR MANUS DEXTRA DIGITI 2 DISERTAI HIPERTENSI DI  
RUANG BELIMBING RSUD CENGKARENG, JAKARTA BARAT  
TAHUN 2022**



**Faisal Hafizh Abi Manyu, S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.032**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN FRAKTUR FEMUR  
DEXTRA DISERTAI DIABETES MELITUS DAN Tn. H DENGAN  
FRAKTUR MANUS DEXTRA DIGITI 2 DISERTAI HIPERTENSI DI  
RUANG BELIMBING RSUD CENGKARENG**

**JAKARTA BARAT**

**TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR Ners**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**



**Faisal Hafizh Abi Manyu, S.Kep**

**NPM 22.156.03.11.032**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**BEKASI 2022**

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Faisal Hafizh Abi Manyu, S.Kep

NPM : 221560311032

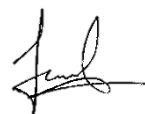
Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Fraktur Femur Dextra disertai Diabetes Melitus dan Tn. H dengan Fraktur Manus Dextra Digiti 2 disertai Hipertensi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata diketemukan ketidaksesuaian dengan pertanyataan ini, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pertnyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 14 November 2022

Bekasi, 14 November 2022



Faisal Hafizh Abi Manyu, S. Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor  
dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**


**Bekasi, 14 November 2022**

Menyetujui,  
Penguji I



Ns. Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 0301096505

Penguji II



Ns. Lina Indrawati, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 0321108001

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Faisal Hafizh Abi Manyu  
NPM : 22.156.03.11.032  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Ny R dengan Fraktur Femur Dextra disertai Diabetes melitus dan Tn. H Dengan Fraktur Manus Dextra Digiti 2 disertai Hipertensi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 14 November 2022.

Bekasi, 14 November 2022

Penguji I

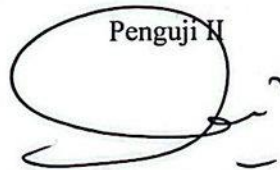


Ns.Arabta M. Peraten Pelawi,S.Kep.,M.Kep  
NIDN. 0301096505

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST.,M.KM  
NIDN. 0309049001

Penguji II



Ns.Lina Indrawati,S.Kep.,M.Kep  
NIDN. 0321108001

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes  
NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny R dengan Fraktur Femur Dextra disertai Diabetes melitus dan Tn. H Dengan Fraktur Manus Dextra Digiti 2 disertai hipertensi Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Tuhan Yang Maha Esa dengan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian ini.
2. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
3. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
4. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
5. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
6. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
7. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
8. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia

9. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners
10. Lina Indrawati S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners
11. Arabta M. Peraten Palawi S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik
12. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
13. Andayani Br. Ginting S.Kep.,Ns selaku CI rumah sakit RSUD Cengkareng
14. Bapak / Ibu dosen dan Scaff STIKes Medistra Indonesia
15. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
16. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>BAB I</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Tujuan</b> .....	3
<b>BAB II</b> .....	5
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>A. Konsep Penyakit</b> .....	5
1. Pengetian Fraktur .....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi .....	6
4. Patway Fraktur.....	7
5. Manifestasi Klinis .....	8
6. Pemeriksaan Penunjang .....	9
7. Penatalaksanaan .....	9
8. Komplikasi Fraktur .....	11
<b>BAB III ASUHAN KEPERAWATAN</b> .....	15
<b>A. Kasus I</b> .....	15
<b>BAB VI</b> .....	55
<b>PEMBAHASAN</b> .....	55
<b>A. Pengkajian</b> .....	55
<b>B. Diagnosa Keperawatan</b> .....	56
<b>C. Intervensi Keperawatan</b> .....	57
<b>D. Implementasi Keperawatan</b> .....	58
<b>E. Evaluasi Keperawatan</b> .....	59
<b>BAB V</b> .....	61
<b>KESIMPULAN</b> .....	61
<b>A. Kesimpulan</b> .....	61
<b>B. Saran</b> .....	62
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	63



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Definisi sehat yang dikemukakan oleh World Health Organization (WHO) merupakan keadaan lengkap fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Batasan (WHO) tentang kesehatan ini menjelaskan bahwa yang dimaksud sehat bukan hanya sekedar bebas dari penyakit atau kelemahan, melainkan hadirnya tiga kriteria sehat yaitu: terbebas dari kekurangan (complete) secara fisik, mental dan sejahtera social (Iqramullah, 2021).

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan salah satu atau masalah kesehatan dunia dan Indonesia yang sampai saat ini masih menjadi perhatian dalam dunia kesehatan karena merupakan salah satu penyebab dari kematian (Jansje & Samodra 2012). Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global, kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia, peningkatan terbesar akan terjadi di negar-negara menengah dan miskin. Lebih dari dua pertiga (70%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke, diabetes melitus, cedera akibat kecelakaan lalu lintas (fraktur) (Alvinanta, 2019).

Di Indonesia, kasus PTM yang menjadi perhatian dan pengendalian pada orang dewasa ini terdiri dari kasus hipertensi, penyakit jantung, DM tipe 2, Ppok, kanker leher rahim, asma, cedera akibat kecelakaan lalu lintas (fraktur). Menurut WHO tahun 2010 bahwa persentase kematian akibat PTM dan cedera di dunia menempati proporsi yang besar dibandingkan dengan penyakit menular. Penyakit tidak menular dikaitkan dengan berbagai faktor risiko seperti kurang aktivitas 2 fisik, pola makan yang tidak sehat dan tidak seimbang, gaya hidup yang tidak sehat, gangguan mental emosional (stres), serta

perilaku yang berkaitan dengan kecelakaan dan cedera. Selain itu PTM juga terjadi karena beberapa hal lainnya seperti transisi epidemiologi, transisi lingkungan, transisi demografis, perubahan sosial budaya, perubahan keadaan ekonomi dan perubahan keadaan politik (Alvinanta, 2019).

Perawatan fraktur yang diberikan untuk menangani fraktur dapat dilakukan metode konservatif atau non operatif dan metode operatif. Metode konservatif atau non operatif adalah penanganan fraktur berupa reduksi atau reposisi tertutup. Sedangkan metode operatif adalah penanganan fraktur dengan reduksi terbuka yaitu membuka daerah yang mengalami fraktur dan memasang fiksasi interna maupun eksterna dan penanganan fraktur lainnya berupa imobilisasi yang dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan. Perkiraan imobilisasi yang dibutuhkan penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan (Alvinanta, 2019).

Fraktur juga dapat berdampak pada penderita yang mengalami penurunan aktivitas, merasakan nyeri, bengkak pada area fraktur, terdapat luka terbuka dan juga sampai mengalami pendarahan. Tingkat keparahan fraktur itu tergantung pada jenis fraktur itu sendiri. Operasi atau pembedahan merupakan tindakan yang dilakukan dokter untuk perawatan yang memakai cara *invasif* dengan cara membuka bagian tubuh yang akan dilakukan operasi, biasanya operasi dilaksanakan dengan cara memberikan luka irisan dan diakhiri dengan penutupan serta dilakukan penjahitan. Penatalaksanaan fraktur salah satunya adalah ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*). ORIF adalah fiksasi interna yang biasanya berupa pelat, implant dan sekrup. Pada pasien yang dilakukan pemasangan ORIF biasanya pasien akan merasakan beberapa dampak yaitu gangguan rasa nyaman, nyeri dan mobilitas yang terbatas (Nisa, 2021).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dengan instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi, kerusakan integritas kulit dengan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam sekali), hambatan mobilisasi fisik dengan damping dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu memenuhi kebutuhan sehari-hari, resiko infeksi dengan inspeksi kondisi luka atau insisi bedah dan ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, resiko syok (hipovolemik) dengan memonitor suhu dan pernafasan (Alvinanta, 2019).

Berdasarkan hal-hal diatas kasus fraktur membutuhkan penanganan yang cukup komplis sehingga penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur ekstremitas di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.

- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.
- d. Dapat mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.
- f. Dapat mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan Fraktur Tulang dalam penerapan langsung di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkareng di Ruang Belimbing Tahun 2022.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Pengetian Fraktur**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis, baik yang bersifat total maupun yang parsial. (Rasjad, 2012)

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk dan kontraksi otot ekstrem. Saat tulang patah, jaringan disekitar akan terpengaruh, yang dapat mengakibatkan edema pada jaringan lunak, dislokasi sendi, kerusakan saraf. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Brunner & Suddart, 2013).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, yang biasanya disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, rupture tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ-organ tubuh dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadinya fraktur jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang besar dari yang dapat diabsorbsinya (Smeltzer & Bare, 2009).

##### **2. Etiologi**

Menurut (Brunner dan Suddarth, 2008), yaitu :

###### **a. Cedera traumatik**

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang pata secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang.

2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan.

3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktus Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan seperti: Tumor tulang (jinak atau ganas), Infeksi seperti osteomyelitis, dan Rakhitis.

c. Secara spontan : disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

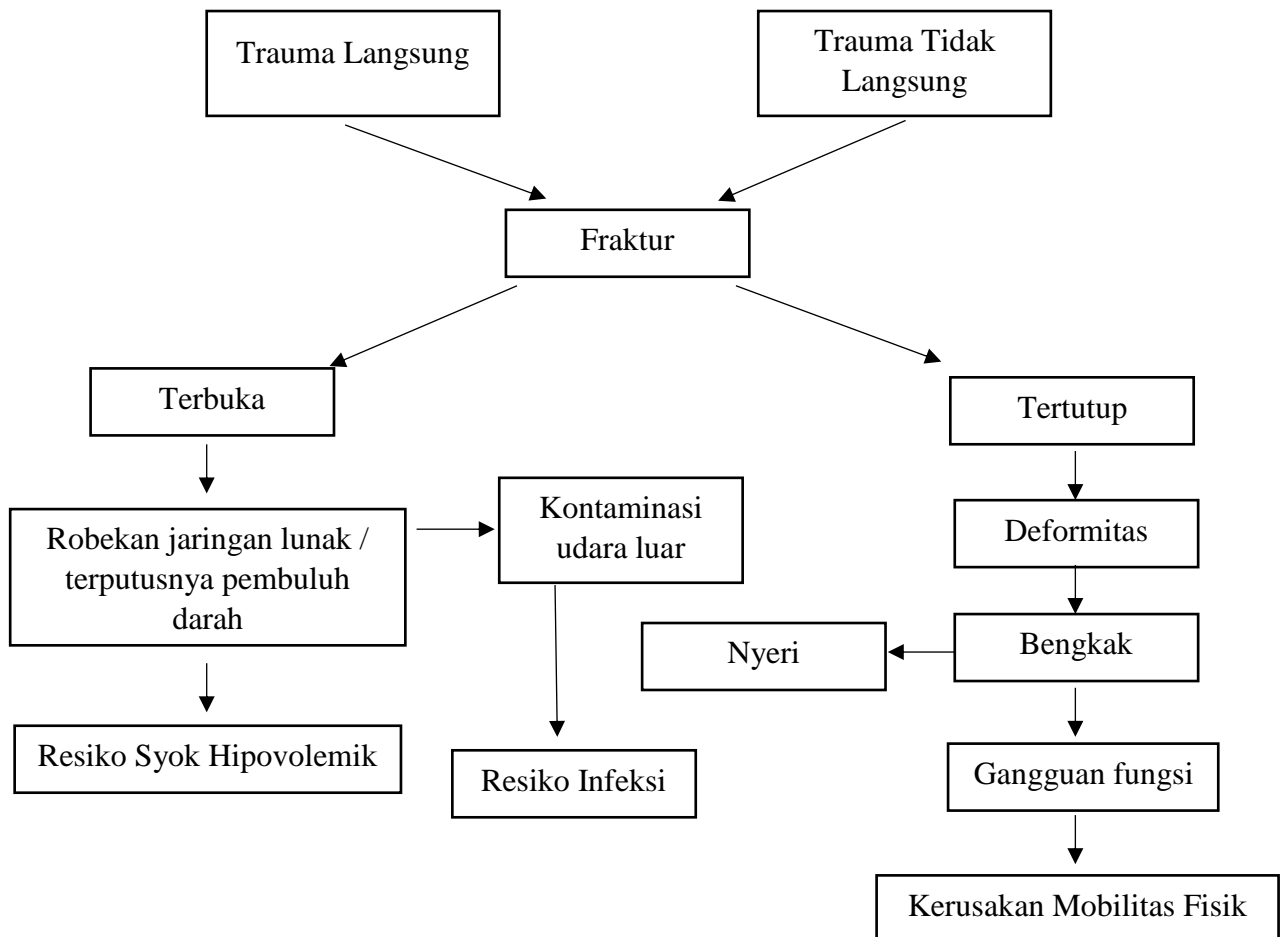
3. Patofisiologi

Menurut (Elizabeth, 2009), Ketika tulang patah, sel tulang mati. Perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak di sekitar tulang tersebut. jaringan lunak biasanya mengalami kerusakan akibat cedera. Reaksi inflamasi yang intens terjadi setelah patah tulang. Sel darah putih dan sel mast terakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke area tersebut. fagositosis dan pembersihan sel dan jaringan mati dimulai.

Bekuan fibrin (hematoma fraktur) terbentuk di tempat patah dan berfungsi sebagai jala untuk melekatnya sel-sel baru. Aktivitas osteoblas akan segera terstimulasi dan terbentuk tulang baru imatur, disebut kalus. Bekuan fibrin segera direabsorpsi dan sel tulang baru secara perlahan mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Tulang sejati menggantikan kalus dan secara perlahan mengalami kalsifikasi. Penyembuhan memerlukan waktu beberapa minggu sampai beberapa bulan (fraktur pada anak sembuh lebih cepat). Penyembuhan dapat

terganggu atau terhambat apabila hematoma fraktur atau kalus rusak sebelum tulang sejati terbentuk, atau apabila sel tulang baru rusak selama kalsifikasi dan pengerasan.

#### 4. Patway Fraktur



## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut (Smeltzer, Bare, 2009) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna yang dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

### 1) Nyeri

Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

### 2) Deformitas

Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sampai 5 cm (1 sampai 2 inci).

### 3) Krepitasi

Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitasi yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. Uji krepitasi dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.

### 4) Pembengkakan dan perubahan warna

Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasa terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.



### 5) Fals Moment

Merupakan pergerakan/ bentuk yang salah dari tulang (bengkok).

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut(Rasjad, Chairuddin. 2012), pemeriksaan penunjang fraktur berupa:

1) Pemeriksaan radiologis (rontgen), pada daerah yang dicurigai fraktur, harus mengikuti aturan role of two, yang terdiri dari :

- Mencakup dua gambaran yaitu anteroposterior (AP) dan lateral.
- Memuat dua sendi antara fraktur yaitu bagian proximal dan distal.
- Memuat dua extremitas (terutama pada anak-anak) baik yang cedera maupun yang tidak terkena cedera (untuk membandingkan dengan yang normal)
- Dilakukan dua kali, yaitu sebelum tindakan dan sesudah tindakan.

2) Pemeriksaan laboratorium, meliputi:

- Darah rutin,
- Faktor pembekuan darah,
- Golongan darah (terutama jika akan dilakukan tindakan operasi),
- Urinalisa,
- Kreatinin (trauma otot dapat meningkatkan beban kreatinin untuk kliren ginjal).

3) Pemeriksaan arteriografi dilakukan jika dicurigai telah terjadi kerusakan vaskuler akibat fraktur tersebut.

## 7. Penatalaksanaan

Menurut (Rasjad, Chairuddin. 2012), Prinsip terapi fraktur yaitu :

1) Reduksi

Adalah pemulihan keselarasan anatomi bagi tulang fraktur. Reposisi memerlukan pemulihan panjang serta koreksi deformitas angular dan rotasional. Reposisi manipulatif biasanya dapat dilakukan pada fraktura ekstremitas distal (tangan, pergelangan tangan, kaki, tungkai), dimana spasme otot tidak berlebihan. Traksi bisa diberikan dengan plester felt melekat diatas kulit atau dengan memasang pin tranversal melalui tulang, distal terhadap fraktur. Reduksi terbuka biasanya disertai oleh sejumlah bentuk fiksasi interna dengan plat & pin, batang atau sekrup.

Ada dua jenis reposisi, yaitu reposisi tertutup dan reposisi terbuka. Reposisi tertutup dilakukan pada fraktur dengan pemendekan, angulasi atau displaced. Biasanya dilakukan dengan anestesi lokal dan pemberian analgesik. Selanjutnya diimobilisasi dengan gips. Bila gagal maka lakukan reposisi terbuka dikamar operasi dengan anestesi umum. Kontra indikasi reposisi tertutup:

- Jika dilakukan reposisi namun tidak dapat dievaluasi
- Jika reposisi sangat tidak mungkin dilakukan
- Jika fraktur terjadi karena kekuatan traksi, misalnya *displaced patellar fracture*.

## 2) Imobilisasi

Bila reposisi telah dicapai, maka diperlukan imobilisasi tempat fraktur sampai timbul penyembuhan yang mencukupi. Kebanyakan fraktur ekstremitas dapat diimobilisasi dengan dengan gips fiberglas atau dengan brace yang tersedia secara komersial. Pemasangan gips yang tidak tepat bisa menimbulkan tekanan kulit, vascular, atau saraf. Semua pasien fraktur diperiksa hari berikutnya untuk menilai neurology dan vascular. Bila traksi

digunakan untuk reduksi, maka traksi juga bertindak sebagai imobilisasi dengan ekstremitas disokong di atas ranjang atau di atas bidai sampai reduksi tercapai. Kemudian traksi diteruskan sampai ada penyembuhan yang mencukupi, sehingga pasien dapat dipindahkan memakai gips/brace.

### 3) Rehabilitasi

Bila penyatuan tulang padat terjadi, maka rehabilitasi terutama merupakan masalah pemulihan jaringan lunak. Kapsula sendi, otot dan ligamentum berkontraksi membatasi gerakan sendi sewaktu gips/bidai dilepaskan. Dianjurkan terapi fisik untuk pergerakan aktif dan pasif serta penguatan otot.

## 8. Komplikasi Fraktur

Menurut (Elizabeth J. Corwin, 2009):

### 1) Komplikasi Awal

#### a. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

#### b. Kompartement

Komplikasi ini terjadi saat peningkatan tekanan jaringan dalam ruang tertutup di otot, yang sering berhubungan dengan akumulasi cairan sehingga menyebabkan hambatan aliran darah yang berat dan berikutnya menyebabkan kerusakan pada otot. Gejala – gejalanya mencakup rasa sakit karena ketidakseimbangan pada luka, rasa sakit yang berhubungan dengan tekanan yang berlebihan pada kompartemen, rasa sakit dengan

perenggangan pasif pada otot yang terlibat, dan paresthesia. Komplikasi ini terjadi lebih sering pada fraktur tulang kering (tibia) dan tulang hasta (radius atau ulna).

c. Fat Embolism Syndrom

Merupakan keadaan pulmonari akut dan dapat menyebabkan kondisi fatal. Hal ini terjadi ketika gelembung – gelembung lemak terlepas dari sumsum tulang dan mengelilingi jaringan yang rusak. Gelombang lemak ini akan melewati sirkulasi dan dapat menyebabkan oklusi pada pembuluh – 23 pembuluh darah pulmonary yang menyebabkan sukar bernafas. Gejala dari sindrom emboli lemak mencakup dyspnea, perubahan dalam status mental (gaduh, gelisah, marah, bingung, stupor), tachycardia, demam, ruam kulit petechie.

d. Infeksi

System pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

e. Avaskuler Nekrosis

Avaskuler Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia. Nekrosis avaskular dapat terjadi saat suplai darah ke tulang kurang baik. Hal ini paling sering mengenai fraktur intrascapular femur (yaitu kepala dan leher), saat kepala femur berputar atau keluar dari sendi dan menghalangi suplai darah. Karena nekrosis avaskular mencakup proses yang terjadi dalam periode waktu yang lama,

pasien mungkin tidak akan merasakan gejalanya sampai dia keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, edukasi pada pasien merupakan hal yang penting. Perawat harus menyuruh pasien supaya melaporkan nyeri yang bersifat intermiten atau nyeri yang menetap pada saat menahan beban.

f. Shock

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

g. Osteomyelitis

Adalah infeksi dari jaringan tulang yang mencakup sumsum dan korteks tulang dapat berupa exogenous (infeksi masuk dari luar tubuh) atau hematogenous (infeksi yang berasal dari dalam tubuh). Patogen dapat masuk melalui luka fraktur terbuka, luka tembus, atau selama operasi. Luka tembak, fraktur tulang panjang, fraktur terbuka yang terlihat tulangnya, luka amputasi karena trauma dan fraktur – fraktur dengan sindrom kompartemen atau luka vaskular memiliki risiko osteomyelitis yang lebih besar.

2) Komplikasi Dalam Waktu Lama

a. Penyatuan tertunda

Penyatuan tertunda merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

b. Tak menyatu

Penyatuan tulang tidak terjadi, cacat diisi oleh jaringan fibrosa. Kadangkadang dapat terbentuk sendi palsu pada tempat ini. Faktor-faktor

yang dapat menyebabkan non union adalah tidak adanya imobilisasi, interposisi 25 jaringan lunak, pemisahan lebar dari fragmen contohnya patella dan fraktur yang bersifat patologis.

c. Malunion

Kelainan penyatuan tulang karena penyerasian yang buruk menimbulkan deformitas, angulasi atau pergeseran.

## BAB III

### ASUHAN KEPERAWATAN

#### ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN FRAKTUR FEMUR DEXTA DI RUANG BELIMBING RSUD CENGKARENG TAHUN 2022

---

#### A. Kasus I

##### I. Identitas diri klien

Nama	: Ny. R
Tempat / Tgl Lahir	: Jakarta, 20 May 1960
Umur	: 62 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Tanggal masuk RS	: 29 Oktober 2022
Sumber informasi	: Pasien
Alamat	: Cengkareng Timur, Kec. Cengkareng
Status Perkawinan	: Sudah menikah
Agama	: Protestan
Suku	: Jawa
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: -
Lama Bekerja	: -

##### II. Status Kesehatan Saat ini

1. Alasan kunjungan/ keluhan utama  
Pasien mengatakan nyeri pada paha dan kaki kanan setelah jatuh dari motor saat sedang dibonceng suami.
2. Keluhan saat ini  
Saat di kaji pasien mengeluh nyeri pada paha dan kaki kanan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan menjalar ke seluruh kaki. Pasien mengatakan tidurnya terganggu, Pasien mengatakan khawatir karena ingin menjalani operasi pertama kali, TTV : TD : 152/70 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, S : 37,8°C.
3. Faktor Pencetus : Pasien mengatakan jatuh dari motor saat dibonceng suami
4. Lamanya keluhan : 2 hari
5. Timbulnya keluhan : Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara mendadak
6. Faktor yang memberatkan : Pasien mengatakan tidak nyaman untuk melakukan aktivitas
7. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
**Sendiri** : Pasien mengatakan langsung dibawa kerumah sakit setelah terjadi kecelakaan.  
**Oleh orang lain** : pasien mengatakan tidak ada
8. Diagnosa medik
  - a. Fraktur Femur Dextra
  - b. DM

### III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami
  - a. Kanak-kanak : Pasien mengatakan sejak kecil tidak memiliki penyakit
  - b. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak mengalami kecelakaan
  - c. Pernah dirawat penyakit : Pasien mengatakan belum pernah dirawat sebelumnya \
  - d. Operasi : Pasien mengatakan belum pernah di operasi
2. Alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi
3. Imunisasi : Pasien mengatakan sudah imunisasi lengkap
4. Kebiasaan : Pasien mengatakan suka meminum teh di pagi hari
5. Obat – obatan : Pasien mengatakan meminum obat rutin metformin
6. Pola nutrisi
 

**Frekwensi makanan** : Pasien mengatakan sehari 3 kali makan dengan porsi sedang

**Berat badan** : Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 58kg

**Tinggi badan** : 165cm

**Jenis makanan** : Pasien mengatakan makan makanan apa saja

**Makanan yang disukai** : Pasien mengatakan semua makanan disukai

**Makanan yang tidak disukai** : Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai

**Makanan pantang** : Pasien mengatakan tidak ada makanan yang di pantang

**Nafsu makan** : Pasien mengatakan nafsu makan baik

**Perubahan berat badan 3 bulan terakhir** : -
7. Pola Eliminasi :
  - a. **Buang air besar**

Frekwensi : Pasien mengatakan BAB 1x sehari

Waktu : Pasien mengatakan tidak menentu

Warna : Pasien mengatakan BAB warna kuning
  - b. **Buang air kecil**

Frekwensi : Pasien mengatakan BAK 5-6 kali dalam sehari

Warna : Pasien mengatakan BAK warna kuning pekat

Bau : bau khas amoniak
8. Pola tidur dan istirahat
 

**Waktu tidur (jam)** : Pasien mengatakan tidur diatas jam 22.00

**Lama tidur/hari** : Pasien mengatakan 5 jam per hari

**Kebiasaan pengantar tidur** : Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan pengantar tidur

**Kebiasaan saat tidur** : Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan saat tidur

**Kesulitan dalam hal tidur** : Pasien mengatakan sering dan mudah terbangun karena nyeri
9. Pola aktivitas dan latihan
 

**Kegiatan dalam pekerjaan** : Pasien mengatakan tidak berkerja

**Olah raga** : Pasien mengatakan jarang berolahraga

**Jenis** : Jalan santai

**Frekwensi** : 1 kali seminggu

**Kegiatan diwaktu luang** : Pasien mengatakan jika ada waktu luang beristirahat

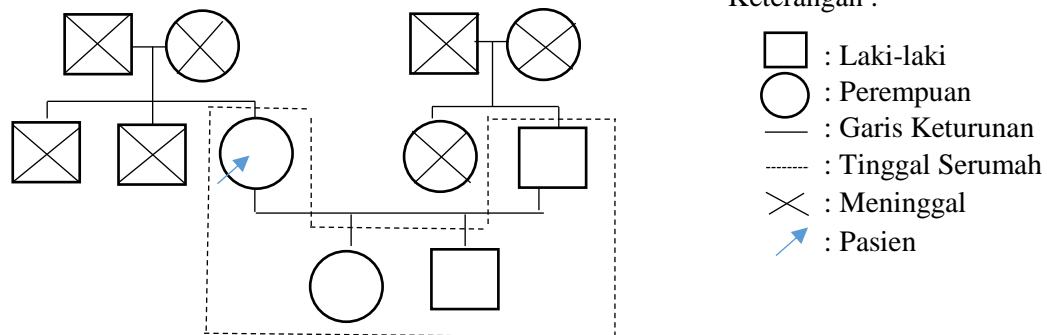
**Kesulitan / keluhan dalam hal** : Pasien mengatakan setelah sakit tidak bisa beraktivitas seperti biasa
10. Pola kerja :



**Jenis pekerjaan** : Pasien mengatakan tidak berkerja

#### IV. Riwayat keluarga

Genogram :



#### V. Riwayat Lingkungan

**Kebersihan lingkungan** : Pasien mengatakan lingkungan rumah nyaman dan kebersihan terjaga, terdapat ventilasi

**Bahaya** : Tidak ada

**Polusi** : pasien mengatakan udara di sekitar rumah cukup ramah

#### VI. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi
  - Alat bantu yang digunakan** : Tidak ada
  - Kesulitan yang dialami** : Pasien mengatakan sering nyeri pada paha dan kaki kanannya
2. Persepsi diri
  - Hal yang dipikirkan saat ini** : pasien mengatakan memikirkan kesehatan tubuhnya
  - Harapan setelah menjalani perawatan** : Pasien mengatakan keluhannya dapat teratasi
  - Perubahan yang dirasa setelah sakit** : Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas
3. Suasana hati : Pasien mengatakan merasa gelisah
  - Rentang perhatian** : Pasien mengatakan perhatiannya terpenuhi dari keluarga
4. Hubungan/komunikasi
  - Bicara** : Pasien menggunakan bahasa yang jelas dengan bahasa utama bahasa indonesia, dan berbahasa daerah jawa
  - Tempat tinggal** : Pasien mengatakan tinggal di rumah sendiri bersama keluarga
  - Kehidupan keluarga**
    - Adat istiadat yang dianut** : Pasien mengatakan menganut adat istiadat jawa
    - Pembuatan keputusan dalam keluarga** : Pasien mengatakan yang mengambil keputusan adalah suaminya
    - Pola komunikasi** : Pasien menggunakan pola komunikasi dua arah
    - Keuangan** : Keadaan keuangan memadai
    - Kesulitan dalam keluarga** : Pasien mengatakan kedua orangtuanya sudah meninggal
5. Kebiasaan seksual (Tidak Dikaji)
6. Pertahanan koping

- Pengambilan keputusan** : Pasien mengatakan mengambil keputusan adalah suaminya  
**yang disukai tentang diri sendiri** : Pasien mengatakan dirinya adalah orang yang sabar  
**yang ingin dirubah dari kehidupan** : Pasien mengatakan rasa malas  
**yang dilakukan jika stres** : Pasien mengatakan pemecahan masalah
7. Sistem nilai – kepercayaan  
**Siapa atau apa sumber kekuatan** : Tuhan dan keluarga  
**Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan** penting untuk anda  
 Pasien mengatakan sangat penting  
**Kegiatan agama atau kepercayaan** yang dilakukan (macam dan frekwensi)  
 Pasien mengatakan berdoa di pagi hari dan beribadah rutin ke gereja pada hari minggu  
**Kegiatan agama atau kepercayaan** yang ingin dilakukan selama di rumah sakit Pasien mengatakan tetap berdoa di pagi hari meskipun dengan kondisi terbaring.

## VII. Pengkajian fisik

**Keadaan umum : Lemah**

**Tingkat Kesadaran : Composmentis**

### **Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan**

#### **Kepala**

- Bentuk : mesosepal  
 Keluhan yang berhubungan : Pasien mengatakan merasa pusing

#### **Mata**

- Ukuran pupil : Ki 3mm/ Ka 3mm isokor  
 Reaksi terhadap cahaya : mengecil saat terkena cahaya  
 Bentuk : normal  
 Konjungtiva : tidak anemis  
 Fungsi penglihatan : baik  
 Tanda – tanda radang : tidak ada  
 Pemeriksaan mata terahir : tidak ada  
 Operasi : tidak pernah operasi  
 Kaca mata : tidak ada  
 Lensa kontak : tidak ada

#### **Hidung**

- Reaksi alergi : tidak ada  
 Pernah mengalami flu : Pasien mengatakan pernah mengalami flu  
 frekwensinya dalam setahun : tidak menentu  
 Sinus : tidak ada

#### **Mulut dan tenggorokan**

- Gigi geligi : lengkap tidak ada yang berlubang  
 Gusi : tidak ada sariawan  
 Kesulitan / gangguan bersuara : tidak ada  
 Kesulitan menelan : tidak ada  
 Pemeriksaan gigi terahir : tidak ada

**Pernafasan**

Suara paru	: vesikuler
Pola nafas	: normal
Sputum	: tidak ada
Kemampuan aktifitas	: lemah
Batuk darah	: tidak
Rontgen foto terakhir	: tidak ada

**Sirkulasi**

Tekanan darah	: 152/70mmHg
Nadi Perifer	: 72x/menit
Capillary Refiling	: >3 detik
Suara jantung	: lupdup
Suara jantung tambahan	: tidak terdapat suara jantung tambahan
Irama jantung (monitor)	: sinus rhytm
Nyeri	: tidak ada
Palpitasi	: tidak ada
Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll)	: tidak ada
Clubbing	: tidak ada

**Nutrisi**

Jenis diet	: lunak
Nafsu makan	: Penurunan nafsu makan
Rasa mual	: Ada

**Eliminasi****BAB**

Penggunaan laxan	: tidak ada
Colostomy	: tidak ada
Ilostomy	: tidak ada
Konstipasi	: tidak ada
Diare	: tidak ada

**BAK**

Inkontinensia	: Tidak ada
Infeksi	: tidak ada
Nemaururi	: tidak ada
Catheter	: tidak ada

**Reproduksi**

Kehamilan	: Pasien mengatakan sudah mempunyai 2 anak
Buah dada	: Ada
Perdarahan	: Tidak ada
Pemeriksaan pap smear terakhir	: Tidak ada
Hasil	: Tidak ada
Keputihan	: Tidak ada
Pemeriksaan sendiri	: Tidak pernah
Prostat	: Tidak ada

Penggunaan kateter : Ada

### Neurologi

Tingkat kesadaran : composmentis  
 Disorientasi : tidak ada  
 Tingkah laku : normal  
 Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : tidak ada  
 Reflek : lemah  
 Kekuatan mengenggam : sedikit melemah  
 Pergerakan ekstremitas : mengalami kelemahan

### Maskuloskeletal

Nyeri : Skala 5  
 Kekakuan : ada ke kakuan saat menggerakan kaki kanan  
 Pola latihan gerak : jarang dilakukan  
 Kulit : normal  
 Integritas kulit : normal  
 Tugor kulit : elastis

### Data Laboratorium :

Tanggal : 29-10-2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hematologi</b>		
<b>Hema I</b>		
Hemoglobin	12.4 g/dL	11.7-15.5 g/Dl
Hemotokrit	38%	35-47%
Leukosit	12.2 10 <sup>3</sup>	3.6-11.0
Trombosit	321	150-440
<b>Kimia Klinik</b>		
Glukosa Sure Step	319 mg/dL	<110 mg/dL
Ureum	32.0	21.0-43.0
Kreatinin	0.8	0.5-6.0
Chlorida	108	98-106

### Hasil Pemeriksaan Radiologi

Femur Kanan: Tampak diskontinuitas fraktur pada tulang femur kanan.

Kesan: Fraktur femur kanan

### Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Rute
1.	Ceftriaxone	2 x 1000 mg	IV
2.	Ketorolac	2 x 30 mg	IV
3.	Ondansentron	3 x 4 mg	IV
4.	Paracetamol	2 x 500 mg	PO
5	Metformin	3 x 500 mg	PO



**ANALISA DATA**


Nama klien : Ny.R  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Femur Dextra

No	Data Subyektif	Data Obyektif	MasalahKeperawatan	Etiologi
1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada paha dan kaki kanan</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri nya seperti ditusuk tusuk</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri sudah 2 hari lalu</li> <li>4. Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat meringis kesakitan</li> <li>2. P: Kecelakaan saat berkendara Q: nyeri berat R: di paha dan kaki sebelah kanan S: skala nyeri 5 T: muncul nya tiba tiba</li> <li>3. TTV TD : 152/70 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, S : 37,8°C,</li> </ol>	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera fisik
2.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan khawatir karena akan menjalani operasi untuk pertama kali</li> <li>2. Pasien mengatakan takut untuk dioperasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat cemas</li> <li>2. Pasien terlihat gelisah</li> <li>3. TTV TD : 152/70 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, S : 37,8°C</li> </ol>	Ansietas (D.0080)	Kurang terpapar inforamasi
3.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas</li> <li>2. Pasien mengatakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat lemas</li> <li>2. Pasien terlihat dibantu saat beraktifitas</li> </ol>	Risiko Jatuh (D.0143)	Kekuatan otot menurun

### RENCANA TINDAKAN

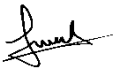
Nama klien : Ny. R  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Femur Dextra

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf
1	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengna kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Mengiris menurun</li> <li>3. Gelisah Menurun</li> <li>4. Kesulitan Tidur menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri</li> <li>2. Fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	
2.	Ansietas b.d Kurang terpapar informasi ( <b>D.0088</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan darah menurun</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas (I.09314)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indentifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Indentifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> </ol> <p>Edukasi</p>	


		4. Pola tidur membaik	<p>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p>	
3.	Resiko Jatuh b.d kekuatan otot menurun <b>(D. 0143)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi aktifitas meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Luka/lecet menurun</li> <li>4. Ketegangan otot menurun</li> <li>5. Fraktur menurun</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Pola istirahat/tidur membaik</li> </ol> <p><b>(L.14136)</b></p>	<p>Pencegahan Jatuh <b>(L. 14540)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi risiko setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan insitusi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> <li>3. Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</li> <li>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>2. Ajarkan menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li> </ol>	


### CATATAN KEPERAWATAN

Nama klien : Ny. R  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Femur Dextra  
 Hari Pertama

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	30 Oktober 2022	<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri            S: Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan            O: Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri            S: Pasien mengatakan skala nyeri nya 5            O: Pasien terlihat gelisah</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri            S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak            O: Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik            S: Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik            O: -</li> </ol> <p>Trapeutik:</p>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 5</li> <li>Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>Pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> <li>Pasien mengatakan akan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Pasien terlihat gelisah</li> <li>Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>Pasien terlihat tidur TTV            TD 152/70 Nadi 72x/menit RR</li> </ol>	



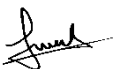
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri S: pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan O: Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur S: O: Pasien terlihat tidur  Edukasi:</li> <li>3. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri S: Pasien mengatakan akan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri O: -</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	<p>20x/menit Suhu 37,8C SpO2 98%</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
2	Ansietas (D.0088)		<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah S: Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi O: Pasien terlihat cemas</li> <li>2. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan S: Pasien mengatakan saat mengambil keputusan selalu</li> </ol>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</li> <li>2. Pasien mengatakan saat mengambil keputusan selalu berdiskusi dengan suaminya</li> <li>3. Pasien mengatakan merasa takut</li> <li>4. Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</li> </ol>	

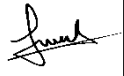
			<p>berdiskusi dengan suaminya</p> <p>O:</p> <p>3. Memonitor tanda tanda ansietas</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa takut</p> <p>O: Pasien terlihat gelisah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>S: Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>O:-</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>S: Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi</p> <p>O: Pasien terlihat lebih tenang setelah dijelaskan tentang prosedur operasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p>	<p>5. Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien terlihat cemas</p> <p>2. Pasien terlihat gelisah</p> <p>3. Pasien terlihat lebih tenang setelah dijelaskan tentang prosedur operasi</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
3	Risiko Jatuh (D. 0143)		<p style="text-align: center;"><b>Dinas pagi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>S:</p> <p>O: Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan insitusi</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <p>Terapeutik</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien dan keluarga mengatakan mengerti setelah dijelaskan</p> <p>2. Pasien mengerti saat diajarkan tentang pengguan bel</p> <p>O:</p> <p>1. Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Pasien dan keluarga terlihat mengerti</p> <p>3. Roda tempat tidur sudah terkunci</p> <p>4. Handrall tempat tidur sudah terpasang</p> <p>5. Posisi tempat tidur sudah terendah</p>	


			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga S: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti setelah dijelaskan O: Pasien dan keluarga terlihat mengerti</li> <li>2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci S: O: Roda tempat tidur sudah terkunci</li> <li>3. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur S: O: Handrall tempat tidur sudah terpasang</li> <li>4. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah S: O: Posisi tempat tidur sudah terendah</li> <li>5. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien S: O: Bel sudah dijangkauan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah S: O: Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</li> <li>2. Mengajarkan menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat S: Pasien mengerti saat diajarkan tentang pegguan bel O: Pasien menggunakan bel saat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Bel sudah dijangkauan pasien</li> <li>7. Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</li> <li>8. Pasien menggunakan bel saat ingin memanggil perawat</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--	--

			ingin memanggil perawat		
--	--	--	-------------------------	--	--


Hari kedua


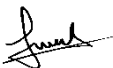
No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	31 Oktober 2022	<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan O: Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S: Pasien mengatakan skala nyeri nya 4 O: Pasien terlihat gelisah</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak O: Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik S: Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik O: -</li> </ol> <p>Trapeutik:</p>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 4</li> <li>Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Pasien terlihat gelisah</li> <li>Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>Pasien terlihat tidur TTV TD 135/75 Nadi 75x/menit RR 20x/menit Suhu 36,5C SpO2 97%</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri S: pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan O: Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur S: O: Pasien terlihat tidur</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>		
2	Ansietas (D.0088)		<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah S: Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi O: Pasien terlihat cemas</li> <li>2. Memonitor tanda tanda ansietas S: Pasien mengatakan masi merasa takut O: Pasien terlihat gelisah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memahami situasi yang membuat ansietas S: Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi O:-</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</li> <li>2. Pasien mengatakan masi merasa takut</li> <li>3. Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat cemas</li> <li>2. Pasien terlihat gelisah</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
3	Risiko Jatuh (D. 0143)		<p style="text-align: center;"><b>Dinas pagi</b></p> <p>Observasi</p>	<p><b>S:</b></p> <p><b>O:</b></p>	

		<p>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh S: O: Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan insitusi S: O:</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci S: O: Roda tempat tidur sudah terkunci</p> <p>2. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur S: O: <i>Handrall</i> tempat tidur sudah terpasang</p> <p>3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah S: O: Posisi tempat tidur sudah terendah</p> <p>4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien S: O: Bel sudah dijangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah S: O: Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</p>	<p>1. Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Roda tempat tidur sudah terkunci</p> <p>3. <i>Handrall</i> tempat tidur sudah terpasang</p> <p>4. Posisi tempat tidur sudah terendah</p> <p>5. Bel sudah dijangkauan pasien</p> <p>6. Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	---

Hari Ketiga

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	32 Oktober 2022	<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan O: Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri S: Pasien mengatakan skala nyeri nya 3 O: Pasien terlihat gelisah</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak O: Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik S: Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik O: -</li> </ol> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri S: pasien mengatakan mengerti teknik</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 3</li> <li>Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> <li></li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Pasien terlihat gelisah</li> <li>Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>Pasien terlihat tidur TTV TD 129/69 Nadi 78x/menit RR 21x/menit Suhu 36,9C SpO2 98%</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum selesai <b>P:</b> Intervensi diteruskan</p>	

			<p>relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</p> <p>O: Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</p> <p>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat tidur</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>		
2	Ansietas (D.0088)		<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>S: Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</p> <p>O: Pasien terlihat cemas</p> <p>2. Memonitor tanda tanda ansietas</p> <p>S: Pasien mengatakan masi merasa takut</p> <p>O: Pasien terlihat gelisah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>S: Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>O:-</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</p> <p>2. Pasien mengatakan masi merasa takut</p> <p>3. Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien terlihat cemas</p> <p>2. Pasien terlihat gelisah</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
3	Risiko Jatuh (D. 0143)		<p><b>Dinas pagi</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>S:</p> <p>O: Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Mengidentifikasi risiko setidaknya sekali setiap</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <p>1. Lingkungan pasien terlihat aman</p> <p>2. Roda tempat tidur sudah terkunci</p> <p>3. Handrall tempat tidur sudah terpasang</p>	



			<p>shift atau sesuai dengan kebijakan insitusi</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Roda tempat tidur sudah terkunci</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Handrall tempat tidur sudah terpasang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Posisi tempat tidur sudah terendah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Bel sudah dijangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ol> <p>S:</p> <p>O: Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Posisi tempat tidur sudah terendah</li> <li>5. Bel sudah dijangkauan pasien</li> <li>6. Pasien memanggil perawat saat ingin membenarkan posisi tidur</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN FRAKTUR MANUS DEXTRA DIGITE  
2 DI RUANG BELIMBING RSUD CENGKARENG  
TAHUN 2022**

---

## **B. KASUS II**

### **I. Identitas diri klien**

Nama	: Tn. H
Tempat / Tgl Lahir	: Serang, 15 February 1992
Umur	: 30 tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Tanggal masuk RS	: 30 Oktober 2022
Sumber informasi	: Pasien
Alamat	: Rawa bebek RT 08/013
Status Perkawinan	: Sudah menikah
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Buruh Pabrik

### **II. Status Kesehatan Saat ini**

1. Alasan kunjungan/ keluhan utama  
Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan karena tertimpah besi saat sedang bekerja
2. Keluhan saat ini  
Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada tangan kanan. Pasien mengatakan tidurnya terganggu, TTV : TD : 161/90 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, S : 36,8°C.
3. Faktor Pencetus : Pasien mengatakan tertimpah besi saat berkerja
4. Lamanya keluhan : 1 hari
5. Timbulnya keluhan : Pasien mengatakan timbulnya keluhan secara mendadak
6. Faktor yang memberatkan : Pasien mengatakan tidak nyaman untuk melakukan aktivitas
7. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
**Sendiri** : Pasien mengatakan langsung dibawa kerumah sakit setelah terjadi kecelakaan.
8. Diagnosa medik
  - c. Fraktur Manus Dextra Digiti 2
  - d. Hipertensi

### **III. Riwayat kesehatan yang lalu**

11. Penyakit yang pernah dialami
  - a. Kanak-kanak : Pasien mengatakan sejak kecil tidak memiliki penyakit
  - b. Kecelakaan : Pasien mengatakan pernah kecelakaan jatuh dari motor
  - c. Pernah dirawat penyakit : Pasien mengatakan belum pernah dirawat sebelumnya
  - d. Operasi : Pasien mengatakan belum pernah di operasi
12. Alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi
13. Imunisasi : Pasien mengatakan sudah imunisasi lengkap
14. Kebiasaan : Pasien mengatakan suka meminum kopi di pagi hari
15. Obat – obatan : Pasien mengatakan meminum obat rutin amlodipin

## 16. Pola nutrisi

<b>Frekwensi makanan</b>	: Pasien mengatakan sehari 3 kali
<b>Berat badan</b>	: Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 53kg
<b>Tinggi badan</b>	: 168cm
<b>Jenis makanan</b>	: Pasien mengatakan makan makanan apa saja
<b>Makanan yang disukai</b>	: Pasien mengatakan semua makanan disukai
<b>Makanan yang tidak disukai</b>	: Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai
<b>Makanan pantang</b>	: Pasien mengatakan tidak ada makanan yang di pantang
<b>Nafsu makan</b>	: Pasien mengatakan nafsu makan baik

## 17. Pola Eliminasi :

## c. Buang air besar

Frekwensi	: Pasien mengatakan BAB 1x sehari
Waktu	: Pasien mengatakan tidak menentu
Warna	: Pasien mengatakan BAB warna kuning kecoklatan konstistensi padat

## d. Buang air kecil

Frekwensi	: Pasien mengatakan BAK 5-6 kali dalam sehari
Warna	: Pasien mengatakan BAK warna kuning pekat
Bau	: bau khas amoniak

## 18. Pola tidur dan istirahat

<b>Waktu tidur (jam)</b>	: Pasien mengatakan tidur diatas jam 23.00
<b>Lama tidur/hari</b>	: Pasien mengatakan 5 jam per hari
<b>Kebiasaan pengantar tidur</b>	: Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan pengantar tidur
<b>Kebiasaan saat tidur</b>	: Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan saat tidur
<b>Kesulitan dalam hal tidur</b>	: Pasien mengatakan sering dan mudah terbangun karena nyeri

## 19. Pola aktivitas dan latihan

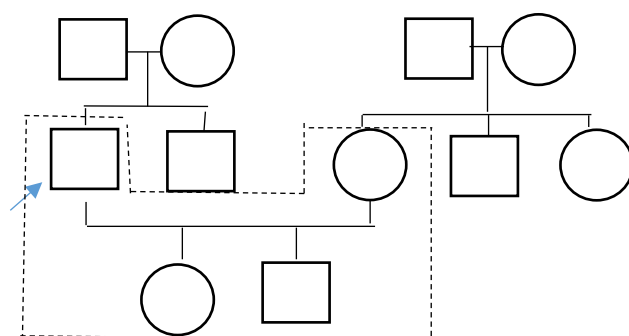
<b>Kegiatan dalam pekerjaan</b>	: Pasien mengatakan berkerja
<b>Olah raga</b>	: Pasien mengatakan jarang berolahraga
<b>Jenis</b>	: Jalan santai
<b>Frekwensi</b>	: 1 kali seminggu
<b>Kegiatan diwaktu luang</b>	: Pasien mengatakan jika ada waktu luang beristirahat
<b>Kesulitan / keluhan dalam hal</b>	: Pasien mengatakan setelah sakit tidak bisa beraktivitas seperti biasa

## 20. Pola kerja :

<b>Jenis pekerjaan</b>	: Pasien mengatakan bekarja buruh pabrik
<b>Jumlah jam kerja</b>	: 7 jam

## IV.Riwayat keluarga

Genogram :



Keterangan :

□	: Laki-laki
○	: Perempuan
—	: Garis Keturunan
---	: Tinggal Serumah
×	: Meninggal
↗	: Pasien

## V. Riwayat Lingkungan

- Kebersihan lingkungan** : Pasien mengatakan lingkungan rumah nyaman dan kebersihan terjaga, terdapat ventilasi
- Bahaya** : Tidak ada
- Polusi** : pasien mengatakan udara di sekitar rumah cukup ramah

## VI. Aspek Psikososial

8. Pola pikir dan persepsi
  - Alat bantu yang digunakan** : Tidak ada
  - Kesulitan yang dialami** : Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas dengan tangan kanan
9. Persepsi diri
  - Hal yang dipikirkan saat ini** : pasien mengatakan memikirkan kesehatan tubuhnya
  - Harapan setelah menjalani perawatan** : Pasien mengatakan keluhannya dapat teratasi
  - Perubahan yang dirasa setelah sakit** : Pasien mengatakan ingin bisa beraktivitas kembali dengan tangan kanannya
10. Suasana hati : Pasien mengatakan merasa gelisah
  - Rentang perhatian** : Pasien mengatakan perhatiannya terpenuhi dari keluarga
11. Hubungan/komunikasi
  - Bicara** : Pasien menggunakan bahasa yang jelas dengan bahasa utama bahasa indonesia, dan berbahasa daerah sunda
  - Tempat tinggal** : Pasien mengatakan tinggal di rumah sendiri bersama keluarga
  - Kehidupan keluarga**
    - Adat istiadat yang dianut** : Pasien mengatakan menganut adat istiadat sunda
    - Pembuatan keputusan dalam keluarga** : Pasien mengatakan dirinya yang mengambil keputusan
    - Pola komunikasi** : Pasien menggunakan pola komunikasi dua arah
    - Keuangan** : Keadaan keuangan memadai
12. Pertahanan koping
  - Pengambilan keputusan** : Pasien mengatakan dirinya sendiri yang mengambil keputusan
  - yang disukai tentang diri sendiri** : Pasien mengatakan dirinya adalah orang yang pekerja keras
  - yang dilakukan jika stres** : Pasien mengatakan pemecahan masalah
13. Sistem nilai – kepercayaan
  - Siapa atau apa sumber kekuatan** : Tuhan dan keluarga
  - Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan** penting untuk anda  
Pasien mengatakan sangat penting
  - Kegiatan agama atau kepercayaan** yang dilakukan (macam dan frekwensi)  
Pasien mengatakan beribadah sholat 5 waktu
  - Kegiatan agama atau kepercayaan** yang ingin dilakukan selama di rumah sakit Pasien mengatakan tetap ingin melakukan sholat 5 waktu.

## VII. Pengkajian fisik

**Keadaan umum : Sakit Sedang**

**Tingkat Kesadaran : Composmentis**

### **Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan**

#### **Kepala**

Bentuk : mesosepal

Keluhan yang berhubungan : -

#### **Mata**

Ukuran pupil : Ki 3mm/ Ka 3mm isokor

Reaksi terhadap cahaya : mengecil saat terkena cahaya

Bentuk : normal

Konjungtiva : tidak anemis

Fungsi penglihatan : baik

Tanda – tanda radang : tidak ada

Pemeriksaan mata terahir : tidak ada

Operasi : tidak pernah operasi

Kaca mata : tidak ada

Lensa kontak : tidak ada

#### **Hidung**

Reaksi alergi : tidak ada

Pernah mengalami flu : Pasien mengatakan pernah mengalami flu

frekwensinya dalam setahun : tidak menentu

Sinus : tidak ada

#### **Mulut dan tenggorokan**

Gigi geligi : lengkap tidak ada yang berlubang

Gusi : tidak ada sariawan

Kesulitan / gangguan bersuara : tidak ada

Kesulitan menelan : tidak ada

Pemeriksaan gigi terahir : tidak ada

#### **Pernafasan**

Suara paru : vesikuler

Pola nafas : normal

Sputum : tidak ada

Kemampuan aktifitas : normal

Batuk darah : tidak

Rontgen foto terakhir : tidak ada

#### **Sirkulasi**

Tekanan darah : 161/90mmHg

Nadi Perifer : 70x/menit

Capillary Refiling : >3 detik

Suara jantung : normal

Suara jantung tambahan : tidak terdapat suara jantung tambahan

Irama jantung (monitor) : sinus rhytem  
 Nyeri : tidak ada  
 Palpitasi : tidak ada  
 Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : tidak ada  
 Clubbing : tidak ada

### **Nutrisi**

Jenis diet : lunak  
 Nafsu makan : baik  
 Rasa mual : tidak ada

### **Eliminasi**

#### **BAB**

Penggunaan laxan : tidak ada  
 Colostomy : tidak ada  
 Ilostomy : tidak ada  
 Konstipasi : tidak ada  
 Diare : tidak ada

#### **BAK**

Inkontinensia : Tidak ada  
 Infeksi : tidak ada  
 Nemaauri : tidak ada  
 Catheter : tidak ada

### **Neurologi**

Tingkat kesadaran : composmentis  
 Disorientasi : tidak ada  
 Tingkah laku : normal  
 Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : tidak ada  
 Reflek : baik  
 Kekuatan mengenggam : kekuatan mengenggam tangan kanan tidak bisa  
 Pergerakan ekstremitas : baik

### **Maskuloskeletal**

Nyeri : Skala 5  
 Kekakuan : kekakuan saat mengerjakan jari jari di tangan sebelah kanan  
 Pola latihan gerak : normal  
 Kulit : normal  
 Integritas kulit : -  
 Tugor kulit : elastis

**Data Laboratorium :**

Tanggal : 30-10-2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
<b>Hematologi</b>		
<b>Hema I</b>		
Hemoglobin	14.2 g/dL	11.7-15.5 g/Dl
Hemotokrit	42%	35-47%
Leukosit	17.7 10 <sup>3</sup>	3.6-11.0
Trombosit	382	150-440
<b>Kimia Klinik</b>		
Glukosa Sure Step	112 mg/dL	<110 mg/dL
Ureum	24.0	21.0-43.0
Kreatinin	0.7	0.5-6.0
Chlorida	109	98-106

**Hasil Pemeriksaan Radiologi**

Manus Kanan: Tampak diskontinuitas fraktur pada phalang proximal digiti 2 manuskanan. Tulang lain, celah sendi tak soft tissue tak tampak kelainan

Kesan: Fraktur phalang proximal digiti 2 manus kanan

**Terapi Obat**

No	Nama obat	Dosis	Rute
1.	Ceftriaxone	2 x 1000 mg	IV
2.	Ketorolac	2 x 30 mg	IV
3.	Amlodipin	1 x 10 mg	PO

### ANALISA DATA

Nama klien : Tn. H  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Manus Dextra Digiti 2



No	Data Subyektif	Data Obyektif	MasalahKeperawatan	Etiologi
1.	1. Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan 2. Pasien mengatakan nyeri nya terasa nyut nyutan 3. Pasien mengatakan nyeri sudah 1 hari 4. Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri	1. Pasien terlihat meringis kesakitan 2. P: Kecelakaan saat bekerja Q: nyeri berat R: di tangan sebelah kanan S: skala nyeri 5 T: muncul nya tiba tiba 3. TTV TD : 161/90 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, S : 36,8°C,	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera fisik
2.	1. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakan tangan kanan untuk beraktifitas	1. Tangan kanan pasien terlihat terpasang gips 2. TTV TD : 161/90 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, S : 36,8°C	Gangguan Mobilitas Fsik (D.0054)	Kerusakan integritas struktur tulang
3.	1. Pasien mengatakan khawatir karena akan menjalani operasi untuk pertama kali 2. Pasien mengatakan takut untuk dioperasi	1. Pasien terlihat cemas 2. Pasien terlihat gelisah 3. TTV TD : 161/90 mmHg, N :	Ansietas (D.0088)	Kurang terpapar informasi




		70x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, S : 36,8°C		
--	--	---	--	--

### RENCANA TINDAKAN

Nama klien : Tn. H  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Manus Dextra Digiti 2


No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kreteria Hasil	Rencana Tindakan	Paraf
1	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengna kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah Menurun</li> <li>4. Kesulitan Tidur menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri</li> <li>2. Fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang ( <b>D.0054</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: <b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas membaik</li> <li>2. Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Teraupetik</p>	

			<p>1. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	
3.	<p>Ansietas b.d Kurang terpapar informasi <b>(D.0088)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Ansietas <b>(L.09093)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan darah menurun</li> <li>4. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Reduksi ansietas <b>(L.09314)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	


### CATATAN KEPERAWATAN

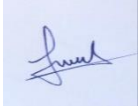
Nama klien : Tn. H  
 Ruangan : Belimbing  
 Dx. Medis : Fraktur Manus Dextra Digni 2

#### Hari Pertama

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	31 Oktober 2022	<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri            S: Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan            O: tangan kanan pasien terpasang gips</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri            S: Pasien mengatakan skala nyeri nya 5            O: Pasien terlihat gelisah</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri            S: pasien mengatakan saat menggerakkan tangan kanan merasakan nyeri            O: pasien terlihat meringis saat menggarakan tangan kanan</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>Pasien mengatakan skala nyeri nya 5</li> <li>Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>Pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> <li>Pasien mengatkan akan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>Pasien terlihat gelisah</li> <li>Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik</li> </ol>	

			<p>S: pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</p> <p>O:</p> <p>Trapeutik:</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri</p> <p>S: pasien mengatakan mengerti teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajari</p> <p>4. Memfasilitas istirahat dan tidur</p> <p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat tidur</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>S: pasien mengatakan akan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>O:</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</p> <p>5. Pasien terlihat tidur</p> <p>TTV</p> <p>TD 161/90 Nadi 70x/menit RR 20x/menit Suhu 36,8C SpO2 99%</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--	--


2	Gangguan mobilitas fisik		<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S: pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan O: pasien terlihat meringis</li> <li>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S: pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas dengan tangan kanan O: pasien terlihat terpasang gips</li> <li>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi S: Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi O: pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S: pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan O: pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</li> </ol>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan</li> <li>pasien terlihat meringis</li> <li>Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi</li> <li>pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pasien terlihat meringis</li> <li>pasien terlihat terpasang gips</li> <li>pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</li> <li>pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</li> </ol> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>	
3	Ansietas (D.0088)		<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p>	<p>S:</p>	


			<p>1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah S: Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi O: Pasien terlihat cemas</p> <p>2. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan S: Pasien mengatakan saat mengambil keputusan selalu berdiskusi dengan suaminya O:</p> <p>3. Memonitor tanda tanda ansietas S: Pasien mengatakan merasa takut O: Pasien terlihat gelisah</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Memahami situasi yang membuat ansietas S: Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi O:-</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami S: Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi</p>	<p>1. Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</p> <p>2. Pasien mengatakan saat mengambil keputusan selalu berdiskusi dengan suaminya</p> <p>3. Pasien mengatakan merasa takut</p> <p>4. Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>5. Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi O:</p> <p>6. Pasien terlihat cemas</p> <p>7. Pasien terlihat gelisah</p> <p>8. Pasien terlihat lebih tenang setelah dijelaskan tentang prosedur operasi</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---

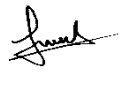
			<p>O: Pasien terlihat lebih tenang setelah dijelaskan tentang prosedur operasi</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li></ol>		
--	--	--	---	--	--



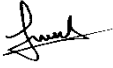
## Hari kedua


No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	1 November 2022	<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan  <b>O:</b> Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan skala nyeri nya 4  <b>O:</b> Pasien terlihat gelisah</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri saat bergerak  <b>O:</b> Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik  <b>S:</b> Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik  <b>O:</b> -</li> </ol> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri  <b>S:</b> pasien mengatakan mengerti tehnik</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri nya 4</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>4. Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>5. pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>2. Pasien terlihat gelisah</li> <li>3. Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>4. Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>5. Pasien terlihat tidur TTV            TD 155/89 Nadi 80x/menit RR 20x/menit Suhu 36,1C SpO2 98%</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi diteruskan</p>	


			<p>relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</p> <p>O: Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</p> <p>2. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat tidur</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>- Ketorolac</p>		
2	Gangguan mobilitas fisik		<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan</p> <p>O: pasien terlihat meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S: pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas dengan tangan kanan</p> <p>O: pasien terlihat terpasang gips</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi</p> <p>O: pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p>	<p>S:</p> <p>1. pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan</p> <p>2. pasien terlihat meringis</p> <p>3. Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi</p> <p>4. pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan</p> <p>O:</p> <p>1. pasien terlihat meringis</p> <p>2. pasien terlihat terpasang gips</p> <p>3. pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>4. pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ol> <p>S: pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan</p> <p>O: pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</p>		
3	Ansietas (D.0088)		<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> </ol> <p>S: Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</p> <p>O: Pasien terlihat cemas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda tanda ansietas</li> </ol> <p>S: Pasien mengatakan masi merasa takut</p> <p>O: Pasien terlihat gelisah</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memahami situasi yang membuat ansietas</li> </ol> <p>S: Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>O:-</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan cemas sebelum dilakukan operasi</li> <li>Pasien mengatakan masi merasa takut</li> <li>Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien terlihat cemas</li> <li>Pasien terlihat gelisah</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

Hari Ketiga

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Tindakan	Evaluasi	Paraf dan Nama Mahasiswa
1	Nyeri Akut (D.0077)	2 november 2022	<p style="text-align: center;"><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan  <b>O:</b> Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan skala nyeri nya 3  <b>O:</b> Pasien terlihat gelisah</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri  <b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri saat bergerak  <b>O:</b> Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik  <b>S:</b> Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik  <b>O:</b> -</li> </ol> <p>Trapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasan nyeri  <b>S:</b> pasien mengatakan mengerti tehnik</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada paha kaki sebelah kanan</li> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri nya 3</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>4. Pasien mengatakan tidak ada gejala efek samping penggunaan analgetik</li> <li>5. pasien mengatakan mengerti tehnik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaki kanan pasien terpasang gips</li> <li>2. Pasien terlihat gelisah</li> <li>3. Pasien terlihat meringis saat mencoba menggerakkan badan</li> <li>4. Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</li> <li>5. Pasien terlihat tidur TTV            TD 158/82 Nadi 79x/menit RR 20x/menit Suhu 36,5C SpO2 99%</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi diteruskan</p>	

			<p>relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan</p> <p>O: Pasien terlihat mampu mengulang kembali tehnik relaksasi napas dalam yang diajarkan dengan benar</p> <p>6. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat tidur</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>		
2	Gangguan mobilitas fisik		<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan</p> <p>O: pasien terlihat meringis</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S: pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas dengan tangan kanan</p> <p>O: pasien terlihat terpasang gips</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi</p> <p>O: pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</p>	<p>S:</p> <p>1. pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan</p> <p>2. pasien terlihat meringis</p> <p>3. Pasien mengatakan nyeri saat melakukan mobilisasi</p> <p>4. pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan</p> <p>O:</p> <p>1. pasien terlihat meringis</p> <p>2. pasien terlihat terpasang gips</p> <p>3. pasien terlihat meringis saat melakukan mobilisasi</p> <p>4. pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ol> <p>S: pasien mengatakan mengerti saat dijelaskan</p> <p>O: pasien bisa mengulangi saat disuruh menjelaskan kembali</p>		
2	Ansietas (D.0088)		<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> </ol> <p>S: Pasien mengatakan sudah tidak takut</p> <p>O: Pasien terlihat tenang</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memahami situasi yang membuat ansietas</li> </ol> <p>S: Pasien mengatakan sudah tidak takut karena akan melakukan tindakan operasi</p> <p>O:-</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah tidak takut</li> <li>Pasien mengatakan sudah tidak takut karena akan melakukan tindakan operasi</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien terlihat tenang</li> </ol> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny. R pada tanggal 30 oktober 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien Saat di kaji pasien mengeluh nyeri pada paha dan kaki kanan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan menjalar ke seluruh kaki. Pasien mengatakan tidurnya terganggu, Pasien mengatakan khawatir kearena ingin menjalani operasi pertama kali. Dengan hasil TTV : TD : 152/70 mmHg, N : 72x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, S : 37,8°C. Klien tidak bekerja dan menghabiskan waktunya dirumah. Saat ditanya klien jarang berolahraga.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Tn. H pada tanggal 31 oktober 2022 didapatkan bahwa klien mengatakan mengeluh nyeri pada tangan kanan. Pasien mengatakan tidurnya terganggu. Dengan hasil TTV : TD : 161/90 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, S : 36,8°C.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami luka fraktur. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu mobilitas fisik diantara kedua pasien, karena lokasi fraktur yang berbeda pada kedua pasien.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Dia Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Amin, 2015).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Hal ini dikarenakan rusaknya integritas stuktur tulang.

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama, yaitu pada Ny. R dan Tn. H di angkat Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Penulis beramsumsi hal ini dikarenakan kedua pasien mengalami rusaknya integritas struktur tulang yang disebabkan kecelakaan.



Diagnosa selanjutnya yang diangkat selanjutnya penulis pun berbeda. Hal ini dikarenakan kedua klien diatas memiliki kasus penyerta yang berbeda. Pada Ny. R dari keluhan pasien yang takut karena akan melakukan operasi pertama kali, maka diangkatlah diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar infomasi. Sedangkan pada Tn. H dari keluhan pasien tidak bisa beraktivitas menggunakan tangan kanan, maka diangkatlah diagnosa keperawatn gangguan mobilatas fisik berhubungan dengan rusaknya integritas struktur tulang.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 7 jam.

Pada kasus Ny. R penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah ansietas dengan tujuan yang diharapkan tingkat ansietas menurun. Masalah risiko jatuh dengan tujuan yang diharapkan tingkat cidera menurun.

Intervensi yang dilakukan pada Tn. U sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa nyeri akut adalah Manajemen Nyeri (I.08238).

ansietas adalah Reduksi ansietas (I.09314). lalu untuk diagnosa risiko jatuh adalah Pencegahan Jatuh (I. 14540).

Sedangkan untuk Tn. H intervensi yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut adalah Manajemen Nyeri (I.08238). diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi (I.05173), lalu untuk diagnosa ansietas adalah reduksi ansietas (I.09314).

Salah satu tindakan keperawatan yang dapat memberikan kenyamanan adalah dengan relaksasi nafas dalam. Secara fisiologis latihan relaksasi akan mengurangi aktivitas saraf simpatis yang mengembalikan tubuh pada keadaan seimbang, pupil, pendengaran, tekanan darah, denyut jantung, pernafasan dan sirkulasi kembali normal dan otot-otot menjadi relaks (Wicaksana, 2016).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. R dimulai pada tanggal 30 Oktober 2022 sampai 01 November 2022 dan yang dilaksanakan pada Tn. H dimulai pada 31 Oktober 2022 sampai 02 November 2022. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa evidence based nursing pada klien. Evidence based nursing yang diterapkan yaitu mengajarkan klien latihan nafas dalam pada klien Ny. R dan Tn. H. Penulis menerapkan kedua terapi non-

farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu meredakan keluhan nyeri pada pasien.

### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. R di hari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu pasien masi mengeluh nyeri dan takut karena akan melakukan tindakan operasi. Klien tampak meringis dan gelisah, hasil pengecekan TTV yaitu TD 152/70 mmHg, Nadi 72x/menit, RR 20x/menit, Suhu 37,8 C dan SpO2 98% dan diberikan RL sebanyak 1000/24jam, pada hari kedua belum terjadi perubahan signifikan, klien masi masi mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4 dan takut karena akan melakukan operasi, hasil TTV TD 135/75 Nadi 75 RR 20x/menit Suhu 36,5C SpO2 97%. Pada hari ketiga evaluasi klien mulai membaik dengan keluhan skala nyeri berkurang 3 dan tingkat ansietas menurun, hasil TTV TD 129/69mmHg Nadi 78x/menit RR21x/menit Suhu 36,9C SpO2 98%.

Evaluasi yang dilakukan pada Tn. H dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien mengatakan nyeri pada tangan kanan, klien tampak meringis

dan gelisah, dari hasil TTV 161/90 mmHg, Nadi 70x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36.8 C, SpO2 99% dan diberikan cairan RL sebanyak 1000/24jam, pada hari kedua belum terjadi perubahan yang signifikan, klien masi mengelus nyeri dengan skala 4 dan rasa takut nya sudah mulai berkurang, Hasil TTV TD 155/89 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,1C, SpO2 98%. Pada hari ketiga evaluasi klien mulai membaik dengan keluhan skala nyeri 3 dan rasa takut nya sudah hilang untuk melakukan operasi, hasil TTV TD 158/79mmHg, Nadi 79x/menit, RR 20x/menit Suhu 36,5C SpO2 99%.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa yang sama yaitu kedua klien mengalami nyeri, takut akan melakukan tindakan operasi karena baru pertama kalinya melakukan operasi dan penyebab terjadinya fraktur karena kecelakaan saat sedang beraktivitas.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien berbeda, hal ini dikarenakan lokasi luka fraktur pada klien berbeda, ditambah setiap klien juga memiliki penyakit penyerta yang berbeda. Tetapi ada 2 diagnosa yang sama yaitu Nyeri akut dan Ansietas.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Yaitu Teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri klien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan pemberian cairan dan terapi farmakologis yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perubahan pada pasien farktur. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.
5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada skala nyerinya. Pada Ny. R tingkat nyeri klien sudah menurun dengan keluhan nyeri dan takut akan

melakukan operasi berkurang hasil TTV 129/69 Nadi 78x/menit, RR 21x/menit, Suhu 36,9 C SpO2 98%. Pada Tn. H pun mengatakan nyeri nya sudah berkurang dan rasa takut akan menjalankan operasi sudah hilang dengan hasil TTV TD 158/82 mmHg, Nadi 79x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5C, SpO2 99%.

## **B. Saran**

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan beberapa terapi non-farmakologis, yaitu Teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri nya, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Medikal Bedah dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi komplementer berupa teknik relaksasi tarik nafas dalam. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi rasa nyeri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alvinanta, N.P. (2019) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Op Fraktur Ekstremitas Bawah Di Ruang Cempaka Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda', *Karya Tulis Ilmiah*, Pp. 6–22. Available At: [Http://Repository.Poltekkes-Kaltim.Ac.Id/295/](http://Repository.Poltekkes-Kaltim.Ac.Id/295/).
- Iqramullah (2021) *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Post Operatif Fracture Di Rsud Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021 Oleh*.
- Nisa, U.K. (2021) 'Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Post Op Orif Fraktur Crusis Dextra Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Karya', 3(2), P. 6.
- Wicaksana, A. (2016) '濟無no Title No Title No Title', [Https://Medium.Com/](https://Medium.Com/), 1. Available At: [Https://Medium.Com/@Arifwicaksanaa/Pengertian-Use-Case-A7e576e1b6bf](https://Medium.Com/@Arifwicaksanaa/Pengertian-Use-Case-A7e576e1b6bf).
- Ihtisan, A. H. (2017). Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Orif Fraktur Femur Sinistra.
- J.Andri, H. Febriawati, P. P. Et Al. (2020). Nyeri Pada Pasien Post Op Fraktur Eksremitas Bawa Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dan Ambulasi Dini. *Journal Of Telenursing (Joting)*, 2(1), 61–70.
- Juli Andri, Panzilion, T. S. (2013). Hubungan Antara Nyeri Fraktur Dengan Kualitas Tidur Pasien Yang Di Rawat Inap. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Lela, A., & Reza, R. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Derajat Nyeri. Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Fraktur, 9(2013), 8–19.

Martono. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Post Oref Fraktur Cruris Sinistra Hari Ke 2 Di Ruang Dahlia Rsud Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. 22–40.



## LAMPIRAN



**Pengertian**

Relaksasi nafas adalah pemapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis.

relaksasi merupakan metode efektif untuk menurunkan nyeri yang merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dengan mekanismenya yang menghentikan siklus nyeri.



**PAIN SCALE**



**STIKes Medistra  
Indonesia**

# TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM



<https://yankes.kemkes.go.id/>  
2022

## TEKNIK NAFAS DALAM

1. **Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang,**



2. **Usahakan rileks dan tenang, menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik,**

3. **Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendur dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.**



## LAMPIRAN

### **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Tema	: Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam
Sasaran	: Pasien Ny. R (Fraktur Femur Dextra) dan Tn H (Fraktur Manus Dextra Digiti 2)
Waktu	: ± 20 Menit
Tempat	: Ruang Belimbing RSUD Cengkareng

---

#### **A. LATAR BELAKANG**

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

Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam dan rileks. Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk mengurangi rasa nyeri, meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik.

## **B. TUJUAN**

### 1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan selama 20 menit pasien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi napas dalam.

### 2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan teknik nafas dalam sasaran mampu:

- a. Menjelaskan pengertian relaksasi nafas dalam
- b. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
- c. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi tehnik relaksasi nafas dalam
- d. Menjelaskan langkah-langkah tehnik relaksasi nafas dalam
- e. Mendemonstrasikan tehnik relaksasi nafas dalam

## **C. POKOK BAHASAN**

Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Rasa Nyeri

## **D. SUB POKOK BAHASAN**

- a. Pengertian relaksasi nafas dalam
- b. Tujuan dan manfaat relaksasi nafas dalam
- c. Faktor yang mempengaruhi tehnik relaksasi nafas dalam
- d. Langkah-langkah tehnik relaksasi nafas dalam

## **E. METODE**

- a. Ceramah
- b. Demonstrasi
- c. Diskusi dan tanya jawab

## **F. MEDIA**

- a. Media : Leaflet

## G. PROSES PELAKSANAAN

No	Tahapan & Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan (2menit)	Pembukaan  a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Melakukan kontrak waktu dengan peserta	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan c. Menyepakati kontrak d. Memperhatikan dan mendengarkan
2	Kegiatan (15 menit)	a. Menjelaskan pengertian relaksasi napas dalam b. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi napas dalam c. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi teknik relaksasi napas dalam menjelaskan d. Langkahlangkah Teknik relaksasi nafas dalam e. Mendemonstrasi kan Teknik relaksasi nafas dalam	a. Menanggapi dan menjelaskan b. Memperhatikan dan mendengarkan c. Memperhatikan dan mendengarkan d. Memperhatikan dan mendengarkan e. Mendemonstrasikan Teknik relaksasi nafas dalam
3	Penutup (3 menit)	a. Evaluasi validasi b. Menyimpulkan bersama-sama c. Mengucapkan terima kasih d. Mengucapkan salam penutup	a. Menyimak b. Memperhatikan dan mendengarkan c. Memperhatikan dan mendengarkan d. Menjawab salam

## **TEKNIK RELAKSASI TARIK NAFAS DALAM**

### **A. Pengertian**

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

Latihan nafas dalam adalah cara bernafas yang efektif melalui menarik dan menghembuskan napas untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam dan rileks.

### **B. Tujuan Dan Manfaat Teknik Relaksasi**

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

### **C. Faktor yang Mempengaruhi Relaksasi**

Relaksasi ini menimbulkan respon emosi dan efek menenangkan, sehingga fisiologi dominan simpatis berubah menjadi dominan sistem parasimpatis. Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar keseluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Sensasi ringan yang muncul adalah merupakan efek dari ketegangan otot tubuh yang menurun. Perasaan hangat diekstermitas dapat dijelaskan secara fisiologis sebagai vasodilatasi pembuluh darah karena aktivasi sistem parasimpatis.

#### **D. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

- Ciptakan lingkungan yang tenang
- Usahakan tetap rileks dan tenang
- Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
- Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
- Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
- Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah sesak
- Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga sesak terasa berkurang
- Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali

Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat

## LAMPIRAN

### Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

Tanggal	Waktu	Kegiatan	Paraf	Keterangan
Rabu, 12 Oktober 2022		Pengajuan judul Karya Ilmiah Akhir Ners via WhatsApp		Kaji kasus dan tambahkan kasus dari RSUD Cengkareng khususnya di ruang belimbing
Kamis, 27 Oktober 2022		Pengajuan judul Karya Ilmiah Akhir Ners via WhatsApp		ACC judul
Jumat, 28 Oktober 2022		Konsul BAB I (Bimbingan di RS)		Revisi Masukkan terapi komplementer
Selasa, 1 November 2022		Konsul BAB I via email		Revisi Masukan justifikasi dari artikel terkait topik utamanya
Selasa, 1 November 2022		Konsul BAB II via email		Revisi Masukan justifikasi dari artikel di BAB II dan dipembahasan jika ada perbedaan antara 2 kasus
Selasa, 8 November 2022		Konsul BAB III via email		Lanjut BAB berikutnya
Minggu, 13 November 2022		Konsul BAB IV dan via Email		ACC sidang KIAN, Senin 14 November 2022



## LAMPIRAN

### Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir

Tanggal	Waktu	Kegiatan	Paraf	Keterangan
17 November 2022		Kosul Revisi KIAN Offline		ACC KIAN