

IMPLEMENTASI AROMATERAPI LAVENDER PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN NYERI POST OP (FRAKTUR FEMUR)

Karya Tulis Ilmiah



**Disusun oleh:
MUHAMMAD IRFAN ALI
40902200003**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

**IMPLEMENTASI AROMATERAPI LAVENDER PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN NYERI POST OP (FRAKTUR FEMUR)**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :
Muhammad Irfan Ali
NIM. 40902200003

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang,

2025



(Muharrad Irfan Ali)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 9 Mei 2025



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jum'at tanggal 9 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 9 Mei 2025

Tim Penguji,

Penguji I

(Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep)

NIDN: 0604038901

Penguji II

(Dr. Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep)

NIDN. 0605057902

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

(D. N. W. Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep)

NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
MEI 2025**

ABSTRAK

Muhammad Irfan Ali

Penerapan Aromaterapi Lavender untuk Mengurangi Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur

Latar Belakang : Fraktur femur adalah gangguan pada batang femur yang dapat disebabkan oleh benturan langsung. Pengobatan untuk patah tulang paha adalah intervensi bedah. Pengobatan nyeri pada pasien pasca operasi patah tulang dapat dicapai dengan metode non-farmakologis, termasuk pendekatan relaksasi yang memanfaatkan aromaterapi lavender.. **Tujuan :** Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan yang terkait dengan penerapan aromaterapi lavender pada pasien yang mengalami nyeri akut akibat fraktur femur di Ruang Baitussalam I RSI Sultan Agung. **Metode :** Studi ini menggunakan desain deskriptif yang melibatkan penilaian intensif terhadap pasien laki-laki dengan patah tulang femur yang tinggal bersama keluarga dan setuju untuk dilakukan aplikasi aromaterapi lavender selama 15 menit. Proses perawatan keperawatan dilakukan selama tiga hari di Ruang Baitussalam I RSI Sultan Agung.. **Hasil:** Penelitian menunjukkan penurunan intensitas nyeri pada pasien, berkurang dari skala 7 menjadi skala 3. **Kesimpulan :** Studi ini menunjukkan bahwa aromaterapi lavender secara efektif mengurangi intensitas nyeri pada pasien dengan patah tulang femur setelah operasi ORIF.

Kata Kunci : Nyeri, Fraktur femur, Aromaterapi Lavender

ABSTRACT

Muhammad Irfan Ali

Application of Lavender Aromatherapy for Alleviating Pain Intensity in Patients Following Femoral Fracture Surgery

Background: A femoral fracture is a disruption of the femoral shaft that may result from direct impact. The treatment for a femoral fracture is surgical intervention. Pain treatment in post-fracture surgery patients can be achieved by non-pharmacological methods, including relaxing approaches utilising lavender aromatherapy. **The purpose of this case :** This study aims to describe the nursing care associated with the application of lavender aromatherapy for patients experiencing acute pain due to femoral fractures in the Baitussalam I Room of RSI Sultan Agung.. **Method This case:** This study employs a descriptive design that involves an intensive assessment of male patients with femoral fractures who reside with family and consent to a 15-minute application of lavender aromatherapy. The nursing care process was conducted over a period of three days in the Baitussalam I Room of RSI Sultan Agung. **The results of the case** Research indicated a reduction in pain intensity among patients, decreasing from a score of 7 to a score of 3. **The conclusion of the case :** The study indicates that lavender aromatherapy effectively reduces pain intensity in patients with femur fractures following ORIF surgery..

Keywords: Pain, Femur Fracture, Lavender Aromatherapy

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahilalamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan ridha-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Implementasi Terapi Lavender Guna Menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari berbagai tantangan dan kesulitan. Namun, berkat dukungan, bimbingan, saran, serta kerja sama dari berbagai pihak, penulis akhirnya mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Allah SWT yang telah memberikan Kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH.,MH Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep.An. Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Dr.Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan sabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan, dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep selaku Penguji I yang telah berkenan untuk menguji saya dan memberikan pendapat yang penuh teliti dan kesabaran untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah saya.

7. Dr.Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep selaku Penguji II yang telah berkenan untuk menguji saya dan memberikan pendapat yang penuh teliti dan kesabaran untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah saya.
8. Kepada seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta dukungan yang berharga selama saya menjalani studi.
9. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan praktik di sana. Pengalaman ini memungkinkan saya untuk menerapkan ilmu yang telah saya peroleh di kampus dan mengambil studi kasus yang bermanfaat untuk karya tulis ilmiah ini.
10. Keluarga hebat saya, Bapak Jamari, Ibu Suratmi, kakak saya Ahmad Husaini yang saya sangat cintai dan saya sayangi terima kasih untuk dukungan, semangat, nasehat, waktu, biaya, dan semua yang telah dicurahkan pada saya dengan segenap kasih sayang memberikan doa, ilmu, dan bantuan moral dan material.
11. Sahabat-sahabat saya Irsyad Ghani dan teman lainnya yang telah membantu dan memberikan semangat dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman satu pembimbing Syahrul himawan yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam Menyusun karya tulis ilmiah ini.
13. Rekan-rekan DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung angkatan 2022 yang selalu kebersamai, saling menguatkan, memberikan motivasi, dan dukungan dalam proses penyusunan karya tulis

ilmiah ini.

14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan dukungannya yang telah diberikan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif dari semua pihak sangat dibutuhkan demi penyempurnaannya. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca, serta dapat berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang, 9 Mei 2025

Penulis,

Muhammad Irfan Ali



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Fraktur Femur.....	6
1. Pengertian	6
2. Penyebab.....	7
3. Klasifikasi.....	8
4. Komplikasi	9
5. Patofisiologi.....	9
6. Pathway	11
7. Manifestasi klinis.....	12
8. Pemeriksaan penunjang	12
9. Penatalaksanaan Medis.....	13
B. Konsep Nyeri	13
1. Pengertian	13
2. Penyebab nyeri	14

3.	Presepsi nyeri.....	14
4.	Teori nyeri	15
5.	Respon terhadap nyeri	16
6.	Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	18
7.	Klasifikasi nyeri.....	20
8.	Pengkajian presepsi nyeri	21
C.	Konsep Terapi Lavender	23
1.	Pengertian	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
2.	Mekanisme penerapan aromaterapi lavender	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
D.	Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Femur	24
1.	Pengkajian	24
2.	Diagnosis Keperawatan	28
3.	Intervensi Keperawatan	36
4.	Implementasi keperawatan	41
5.	Evaluasi keperawatan	41
BAB III METODE PENELITIAN.....		42
A.	Rencana studi kasus	42
B.	Subyek Studi Kasus	42
C.	Fokus Studi	42
D.	Definisi Operasional	42
E.	Tempat dan Waktu.....	43
F.	Instrumen Studi Kasus	43
G.	Metode Pengumpulan Data.....	46
H.	Analisis dan Penyajian Data	48
I.	Etika Studi Kasus	48
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....		53
A.	Hasil Studi Kasus	53
1.	Pengkajian	53
2.	Analisa Data	63
3.	Diagnosa keperawatan.....	64

4. Intervensi keperawatan	65
5. Implementasi	67
6. Evaluasi	76
B. Pembahasan.....	83
1. Pengkajian	83
2. Diagnosis keperawatan	84
3. Intervensi Keperawatan	86
4. Implementasi	89
5. Evaluasi	93
C. Keterbatasan Studi Kasus	95
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	96
A. Kesimpulan	96
B. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	99



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway	11
Gambar 2. 2 Wong-Baker FACES Pain Rating Scale	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.



DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Pemeriksaan Laboratorium Pasien 1	57
Tabel 4. 2 Pemeriksaan Laboratorium Pasien 2	62



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur femur adalah gangguan pada batang femur, biasanya akibat trauma langsung seperti kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian, dan sebagian besar terjadi pada pria dewasa. Patah tulang di daerah ini dapat mengakibatkan pendarahan hebat, yang berpotensi menyebabkan syok akibat kehilangan darah, cedera vaskular, sindrom kompartemen, infeksi, dan sindrom emboli lemak. Patah tulang paha dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang berkepanjangan, dan potensi disabilitas jika tidak ditangani dengan tepat. (Indrawan & Hikmawati, 2021).

Putusnya kontinuitas tulang yang tidak beraturan disebut patah tulang atau fraktur. Fraktur terjadi ketika osteoporosis atau trauma parah yang mengganggu kelangsungan jaringan tulang atau tulang rawan secara keseluruhan atau sebagian. Trauma atau kekuatan fisik pada tulang dan jaringan lunak di sekitarnya merupakan penyebab utama terjadinya fraktur (Permatasari & Sari, 2020).

Fraktur femur merupakan diskontinuitas batang femoralis yang disebabkan oleh trauma baik langsung maupun tidak langsung. Jika patah tulang femur tidak mendapat perawatan, hal ini dapat menyebabkan pendarahan yang parah bahkan syok, morbiditas jangka panjang, dan kecacatan (Wantoro et al., 2020).

Proses kejadian nyeri disini merupakan hal yang sederhana, yaitu; stimuli mengenai reseptor dan reseptor mengeluarkan potensial aksi yang menjalar ke

kornu dorsalis, kemudian diteruskan ke otak, sehingga timbul persepsi nyeri. Ciri khas dari nyeri nosiseptif ini adalah adanya korelasi yang erat antara kekuatan stimuli, yang dapat diukur dari discharge yang dijalarkan oleh nosiseptor dengan persepsi nyeri atau ekspresi subjektif nyeri. Pemasangan nosiseptor menimbulkan persepsi nyeri serta respons motivasional dan emosional. Tidak seperti modalitas somatosensorik lain, sensasi nyeri disertai respons perilaku bermotif (menarik diri atau bertahan) serta reaksi emosional (menangis atau takut). Tidak seperti sensasi lain persepsi subjektif nyeri dapat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu atau sekarang (berkurangnya persepsi nyeri pada seorang atlet yang cedera ketika sedang bertanding). Nyeri adalah pengalaman pribadi yang multidimensi (Comission, 2021).

Penatalaksanaan nyeri fraktur khususnya pada pasien dengan fraktur femur yaitu dengan manajemen secara farmakologi maupun non-farmakologi. Penatalaksanaan farmakologi menggunakan obat-obatan baik analgesik narkotik/non-narkotik yang dapat menimbulkan ketergantungan terhadap efek penghilang nyeri serta menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan seperti mual, muntah, diare dan perdarahan lambung. Selain farmakologi, penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan teknik non-farmakologi yaitu teknik relaksasi dengan menggunakan aromaterapi (Asiva Noor Rachmayani, 2021).

Aromaterapi adalah terapi keperawatan tambahan yang menggunakan minyak esensial yang berasal dari tumbuhan aromatik untuk meredakan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup. Menghirup aromaterapi

mengaktifkan hipotalamus (kelenjar pituitari) untuk mengeluarkan endorfin. Endorfin adalah bahan kimia yang menimbulkan sensasi ketenangan, relaksasi, dan kegembiraan. Jenis aromaterapi yang paling umum adalah aromaterapi lavender. Aromaterapi dengan lavender dapat meningkatkan aktivitas gelombang alfa di otak, memfasilitasi rasa relaksasi. Minyak esensial lavender memiliki kemampuan untuk meredakan kecemasan. Lavender menawarkan ketenangan, keseimbangan, kenyamanan, penerimaan, dan kepastian. Senyawa aktif dalam lavender, yaitu linalool dan linalyl acetate, memiliki sifat analgesik (Rizqi Hardhanti, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Wahana et al. (2023) menunjukkan bahwa aromaterapi lavender, yang menggunakan minyak esensial yang berasal dari tumbuhan dan bunga, secara signifikan meredakan nyeri pada pasien yang menjalani operasi ortopedi. Aromaterapi lavender membantu meredakan nyeri pasca operasi dengan berfungsi sebagai sedatif, anxiolytic, antidepresan, antispasmodik, dan analgesik.

Prevalensi kejadian fraktur cukup tinggi di Indonesia, sekitar 80 juta orang mengalami kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan terjadinya fraktur femur. Isu yang relevan karena semakin seringnya insiden kecelakaan di jalan raya disebabkan kurangnya keselamatan berlalu lintas. Mengingat besarnya kerugian yang diakibatkan kecelakaan lalu lintas, membutuhkan penanganan serius. Pemerintah telah melakukan upaya pencegahan kecelakaan lalu lintas dengan adanya peraturan berlalu lintas, antara lain pemberian rambu-rambu lalu

lintas, pemanfaatan helem akan tetapi banyak faktor dari pengguna transportasi yang tidak mematuhi peraturan tersebut sehingga menimbulkan berbagai permasalahan di jalan lintas (Melati Ramadhani Nurul, 2022).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Penerapan Aromaterapi Lavender pada pasien dengan Fraktur Femur dalam Nyeri Akut di Ruang Baitussalam I RSI Sultan Agung ”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah Bagaimanakah Implementasi dengan Aromaterapi Lavender pada pasien dengan Fraktur Femur dalam Nyeri Akut di Ruang Baitussalam I RSI Sultan Agung.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Secara umum tujuan yang diharapkan tercapai pada studi kasus ini yaitu mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan secara komperhensif pada pasien dengan penyakit Fraktur Femur.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar penyakit Fraktur Femur pada pasien meliputi pengertian , etiologi, patofisioloogi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostic, komplikasi serta penatalaksanaan medis.
- b. Menjelaskan konsep keperawatan dan pengumpulan data pada pasien dengan post op Fraktur Femur.

- c. Mampu menjelaskan dan menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan post op fraktur femur yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Masyarakat Masyarakat dapat memperoleh informasi dan memahami cara menerapkan perawatan keperawatan menggunakan aromaterapi lavender untuk pasien dengan patah tulang femur.
2. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan Untuk meningkatkan luas ilmu dan teknologi terapan dalam bidang keperawatan anak untuk anak-anak dengan ketidaknyamanan nyeri pasca operasi setelah fraktur femur, menggunakan aromaterapi lavender.
3. Penulis Mendapatkan pengalaman dalam menerapkan temuan penelitian keperawatan, khususnya studi kasus tentang implementasi pada anak-anak dengan ketidaknyamanan nyeri pasca operasi setelah fraktur femur, menggunakan aromaterapi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur Femur

1. Pengertian

Fraktur, juga dikenal sebagai tulang patah, adalah gangguan pada kontinuitas jaringan tulang atau tulang rawan yang disebabkan oleh trauma, kekuatan fisik, sudut, kondisi tulang, dan jaringan lunak di sekitarnya (Jerliawanti Tuna & Pipin Yunus, 2023). Fraktur adalah gangguan pada kontinuitas jaringan tulang yang disebabkan oleh gaya berlebihan akibat tabrakan kendaraan. Fraktur adalah gangguan pada integritas struktural tulang. Fraktur timbul dari masalah terkait tekanan tinggi yang tidak mampu ditahan oleh struktur tulang, sehingga menyebabkan kerusakan pada tulang (Pokhrel, 2024). Fraktur adalah kerusakan integritas normal tulang. Dalam kasus patah tulang, jaringan lunak di sekitarnya seringkali juga terpengaruh. Radiografi (sinar-X) dapat memperlihatkan patah tulang; tetapi, tidak dapat mendeteksi robekan otot atau ligamen, putusnya saraf, atau pecahnya pembuluh darah, yang dapat memperumit rehabilitasi. Fraktur adalah gangguan pada kontinuitas integritas tulang. Patahan baru-baru ini mungkin hanya berupa retakan atau kontraksi, biasanya patahan lengkap dengan bagian-bagian yang bergeser (Wantoro et al., 2020).

2. Penyebab

Etiologi fraktur femur dikategorikan menjadi dua faktor: faktor predisposisi dan faktor presipitasi, termasuk: (Deng et al., 2024)

a. Faktor predisposisi

Trauma langsung, akibat benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur.

2) Trauma tidak langsung, yang tidak terjadi di tempat benturan tetapi di bagian tulang lainnya.

) Kondisi patologis akibat penyakit tulang (gangguan degeneratif dan keganasan tulang).

Variabel curah hujan

Tumor tulang adalah proliferasi jaringan baru yang tidak terkendali.

Infeksi seperti osteomielitis dapat berasal dari infeksi akut atau berkembang dari penyakit kronis.

Rikets

4) Diinduksi oleh stres tulang yang persisten

Menurut Wahana et al. (2023), etiologi atau penyebab fraktur adalah:

Trauma langsung Hal ini terjadi ketika gaya diterapkan pada tulang, mengakibatkan patah tulang.

b. Trauma sekunder

Peristiwa tersebut tidak terjadi di lokasi benturan, melainkan di posisi yang berbeda, sehingga menyebabkan penyebaran gaya trauma di sepanjang sumbu tulang ke area lain. Kondisi patologis mencakup gangguan tulang, termasuk penyakit degeneratif dan keganasan tulang.

3. Klasifikasi

Kategorisasi fraktur dibagi menjadi dua jenis: (Moewardi, 2024)

Fraktur terbuka

Ini adalah patahan yang menembus kulit, menciptakan hubungan dengan lingkungan eksternal, sehingga meningkatkan risiko patogen masuk ke dalam luka.

b. Patahan tertutup

Ini adalah patahan yang tidak menembus kulit, sehingga tetap terisolasi dari lingkungan eksternal.

Kategorisasi fraktur femur dikategorikan menjadi enam jenis, menurut Lumuan et al. (2024).

a. Fraktur intertrokanter femur

Fraktur yang ditandai dengan garis melintang yang membentang dari trokanter mayor ke trokanter minor.

b. Fraktur femur subtrokanterik

diinduksi oleh trauma energi tinggi yang dikombinasikan dengan gangguan patologis yang mengganggu integritas tulang.

c. Fraktur suprakondilar femur

Fraktur segmen distal mengakibatkan dislokasi posterior. Patah tulang ini disebabkan oleh tegangan yang diberikan oleh otot gastrocnemius.

d. Patah kondilus femur

Hal ini terjadi akibat tekanan ke atas pada batang femur, yang timbul dari kombinasi gaya hiperabduksi dan adduksi.

Fraktur batang femur

Fraktur terjadi akibat trauma langsung dengan kekuatan intensitas tinggi.

Fraktur leher femur

Fraktur akibat perubahan struktural pada tulang karena tekanan pada cincin asetabular, yang berputar ke arah posterior.

4. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada fraktur femur, yaitu: (ANANDA MUHAMAD TRI UTAMA, 2022)

- a. Infeksi dan trombo emboli
- b. Syok akan berakibat fatal dalam beberapa jam setelah edema
- c. Emboli lemak dapat terjadi 24-72 jam
- d. Koagulopati intravaskular diseminata
- e. Mal-union/ non union
- f. Nekrosis avaskular tulang
- g. Reaksi terhadap alat fiksasi internal

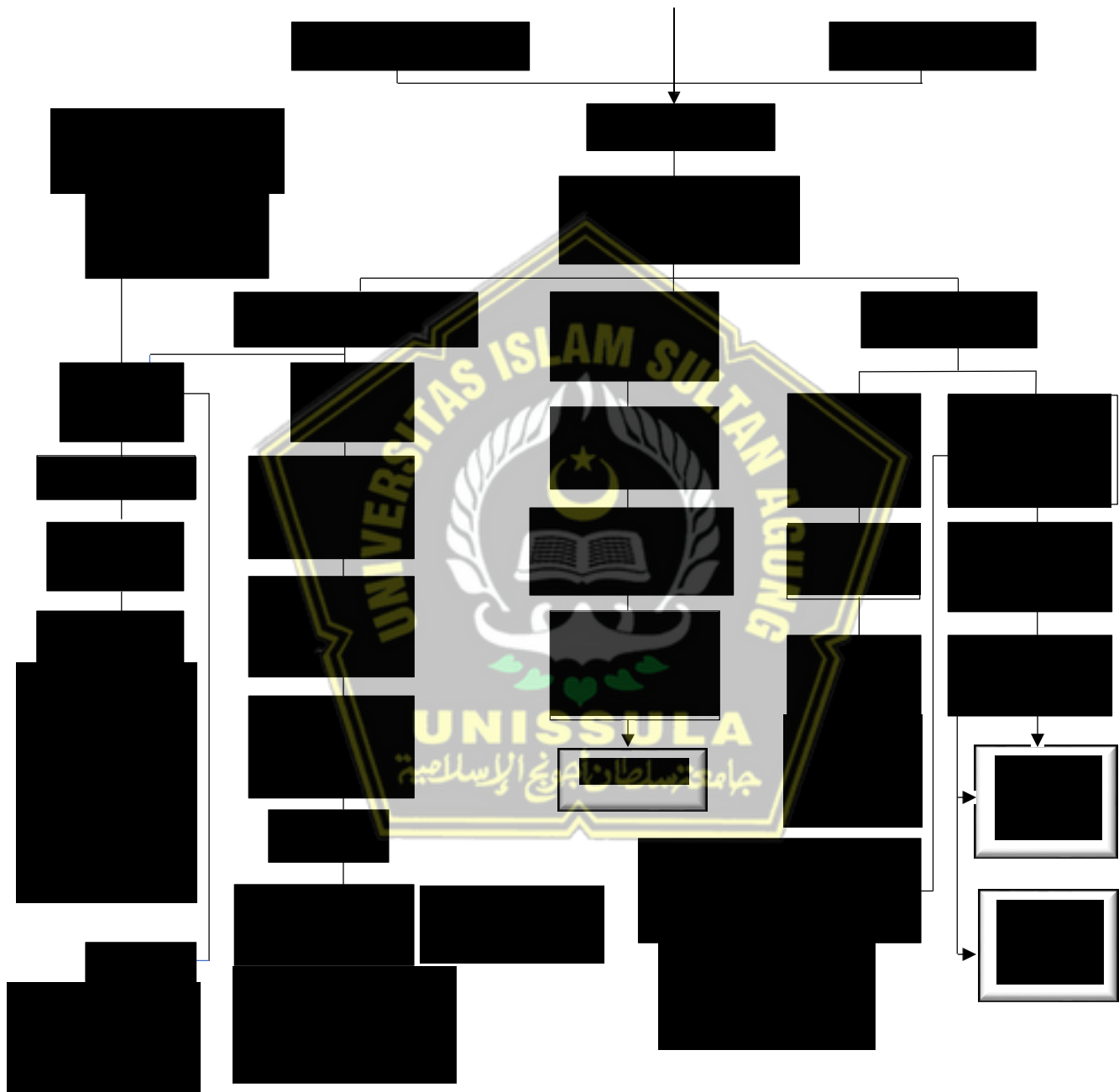
5. Patofisiologi

Patah tulang seringkali disebabkan oleh kerusakan, trauma, atau gaya, terutama akibat benturan langsung pada tulang, termasuk insiden seperti kecelakaan kendaraan, cedera olahraga, jatuh, atau aktivitas fisik yang intens. Keparahan patahan bergantung pada kekuatan yang menyebabkannya. Jika ambang patah tulang sedikit terlampaui, tulang mungkin hanya retak daripada hancur sepenuhnya. Selanjutnya, patah tulang dapat terjadi akibat kelelahan stres (cedera akibat strain berulang) dan mekanisme penyakit patologis. Perubahan pada fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah menyebabkan pendarahan, yang seringkali muncul di dekat lokasi patahan dan di seluruh jaringan lunak di sekitarnya. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan volume darah, yang menyebabkan perubahan pada perfusi jaringan. Selain itu, perubahan perfusi perifer dapat timbul akibat edema di sekitar lokasi

fraktur, yang menekan pembuluh darah di sekitarnya dan mengurangi perfusi jaringan ke perifer. Hematoma akan menyebabkan pembuluh darah vena melebar, mengakibatkan penumpukan cairan dan penipisan leukosit, yang menyebabkan pergeseran dan peradangan, menyebabkan pembengkakan di lokasi patahan. Hal ini menghambat dan mengurangi aliran darah ke daerah distal, menimbulkan risiko disfungsi neuromuskular perifer, yang ditandai dengan jaringan pucat, denyut nadi lemah, sianosis, dan kesemutan di area distal. Nyeri akibat patah tulang juga dapat timbul dari patah tulang terbuka atau tertutup yang memengaruhi serat saraf, sehingga menyebabkan gangguan kenyamanan dan persepsi nyeri. Selain itu, hal ini dapat memengaruhi tulang dan menyebabkan komplikasi neurovaskular, mengakibatkan ketidaknyamanan saat bergerak dan oleh karena itu mobilitas fisik menurun. Cedera pada arteri darah kecil atau besar setelah patah tulang menyebabkan pendarahan signifikan, mengakibatkan penurunan tekanan darah dan aliran darah serebral, yang dapat menyebabkan perubahan kesadaran dan syok hipovolemik. Fraktur terbuka yang melibatkan jaringan lunak menciptakan luka, memfasilitasi masuknya patogen dan meningkatkan risiko infeksi akibat kontaminasi eksternal. Selain itu, dampak dari cedera jaringan lunak akan mengakibatkan integritas kulit terganggu. Setelah terjadi patah tulang, pendarahan sering terjadi di lokasi patahan dan di antara jaringan lunak di sekitarnya. Jaringan lunak juga umumnya terganggu. Respons inflamasi umumnya muncul dengan kuat setelah patah tulang. Sel darah putih dan sel mast berkumpul, mengakibatkan peningkatan aliran darah ke area tersebut. Fagositosis dan pembuangan sisa seluler nekrotik dimulai. Di lokasi fraktur, fibrin (hematoma fraktur) berkembang, berfungsi sebagai kerangka kerja untuk aktivitas osteoblas yang diaktifkan dan pembentukan tulang baru yang belum matang yang dikenal sebagai kalus. Gumpalan fibrin diserap kembali, dan osteosit baru mulai merombak untuk menciptakan tulang yang otentik (Sembiring & Rahmadhany, 2022).

6. Pathway

Pathway Fraktur Femur



Gambar 2. 1 Pathway

Sumber : (Indrawan & Hikmawati, 2021).

7. Manifestasi klinis

Beberapa gejala yang timbul pada fraktur femur, yaitu: (Indrawan & Hikmawati, 2021)

- a. Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi.
- b. Deformitas (pereubahan bentuk)
- c. Pemendekan ekstremitas
- d. Perubahan warna
- e. Hilangnya fungsi tulang
- f. Krepitus
- g. Pembengkakan local

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan fraktur femur, diantaranya: (Indrawan & Hikmawati, 2021)

- a. menentukan lokasi, luas fraktur, trauma
- b. Pemeriksaan rontgen
- c. Scan tulang, scan MRI/CT
- d. Arteriogram
- e. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi meningkat atau menurun

pada perdarahan, selain itu juga peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

9. Penatalaksanaan Medis

Penanganan medis, prinsip 4R:

- a. Rekognisi pengenalan.
- b. Reduksi atau reposisi : mengembalikan posisi patahan tulang pada posisi semula.
- c. Retensi / imobilisasi / fiksasi mempertahankan posisi tulang selama masa penyembuhan.
- d. Rehabilitasi : upaya mengembalikan kemampuan seluruh anggota system gerak kecuali daerah yang di imobilisasi (Rachman et al., 2023)

B. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan cedera jaringan nyata atau potensial.

Nyeri dicirikan sebagai fenomena yang rumit dan penuh teka-teki yang memengaruhi individu, dengan kehadirannya hanya dapat dikenali melalui pengalaman pribadi (Amalia et al., 2024).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh rangsangan yang terkait dengan ancaman dan kerusakan aktual pada jaringan tubuh. Itu bersifat subjektif dan sangat individual, dibentuk oleh budaya, perspektif pribadi, fokus,

dan banyak faktor psikologis. Nyeri mengganggu aktivitas saat ini dan memaksa individu yang menderitanya untuk mencari pereda (Kurnia & Sholihah, 2025).

2. Penyebab nyeri

Nyeri terjadi akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata (*pain associate with actual tissue damage*). Nyeri demikian dinamakan nyeri akut yang dapat menghilang seiring dengan penyembuhan jaringan dan nyeri yang demikian sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, nyeri juga dapat terjadi tanpa adanya kerusakan jaringan, tetapi digambarkan seolah-olah ada kerusakan jaringan yang hebat (*pain describe in term such damage*), nyeri yang terakhir ini justru timbul setelah penyembuhan jaringan usai (Amalia et al., 2024).

3. Presepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan proses dimana stimulus nyeri disalurkan dari tempat terjadinya stimulus menuju sistem saraf pusat. Proses tersebut biasanya dimulai dari sebagai berikut: (Anggeriyane et al., 2024)

Kontak dengan stimulus yang dapat berupa rasa tekan, rasa tusuk, teriris, kimia dan luka bakar.

- a. Penerimaan rangsang (reception) dimana ujung saraf menerima stimulus.
- b. Proses tranmisi (transmission) dimana saraf akan menghantarkan sinyal nyeri menuju susunan saraf pusat. Penghantaran informasi selalu melibatkan beberapa neuron pada susunan saraf pusat, kemudian

penerimaan rangsang nyeri pada pusat nyeri susunan saraf pusat, selanjutnya otak menerima informasi (sinyal) dan memerintahkan organ untuk beraksi.

4. Teori nyeri

Teori nyeri dibagi menjadi tiga, yaitu: (Mailani, 2024)

a. Teori spesifitas (*specivity theory*)

Teori ini didasarkan pada kepercayaan bahwa terdapat organ tubuh yang secara khusus mentransmisi nyeri. Saraf ini diyakini dapat menerima rangsangan nyeri dan mentransmisikan melalui ujung dorsal dan substansia gelatinosa ke thalamus, yang akhirnya dihantarkan pada daerah yang lebih tinggi sehingga timbul respon nyeri. Teori tidak menjelaskan bagaimana faktor-faktor multidimensional dapat memengaruhi nyeri.

b. Teori pola (*pattern theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa ada dua serabut nyeri yaitu serabut yang dapat menghantarkan rangsang dengan cepat dan serabut yang menghantarkan rangsang dengan lambat. Kedua serabut itu bersinapsis dan meneruskan rangsang ke otak mengenai jumlah, intensitas, tipe input sensori nyeri yang menafsirkan karakter dan kuantitas input sensori nyeri.

c. Teori gerbang kendali nyeri (*the gate control theory*).

Teori gerbang kendali menyatakan terdapat semacam “pintu gerbang” yang dapat memfasilitasi atau memperlambat transmisi sinyal

nyeri. Secara umum dapat dijelaskan bahwa di dalam tubuh manusia terdapat dua macam transmitter impuls nyeri. Reseptor berdiameter kecil (serabut delta A dan C) berfungsi untuk mentransmisikan nyeri yang sifatnya keras dan reseptor ini biasanya berupa ujung saraf bebas bebas yang terdapat pada seluruh permukaan kulit dan pada struktur lebih dalam seperti tendon, fasia, tulang serta organ-organ interna. Sementara transmitter yang berdiameter besar (serabut beta A) memiliki reseptor yang terdapat pada permukaan tubuh dan berfungsi sebagai inhibitor, yaitu mentransmisikan sensasi lain seperti getaran, sentuhan sensasi hangat dingin, serta terhadap tekanan halus

5. Respon terhadap nyeri

Reaksi nyeri dikategorikan menjadi tiga fase: (Anggeriyane dkk., 2024)

a. Reaksi fisiologis

Sinyal nyeri naik dari sumsum tulang belakang ke batang otak dan talamus, sehingga merangsang sistem saraf otonom sebagai komponen respons stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan bersifat superfisial memicu respons "lawan atau lari", suatu sindrom adaptasi yang lazim.

b. Reaksi psikologis

Reaksi psikologis berkaitan erat dengan perasaan nyeri. Pasien yang mempersepsikan nyeri sebagai "negatif" dapat mengalami emosi seperti putus asa, berduka, tidak berdaya, dan marah, yang selanjutnya dapat berkembang menjadi frustrasi. Bersamaan dengan itu, pasien dengan sikap "positif" cenderung menoleransi penderitaan yang mereka alami. Pemahaman dan signifikansi nyeri sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, pengalaman sebelumnya, dan pengaruh sosial.

c. Reaksi Perilaku

McCaffery menggambarkan tiga tahap pengalaman nyeri:

1) Fase Proaktif

Fase ini terjadi sebelum persepsi nyeri seseorang. Antisipasi memungkinkan penderita memahami ketidaknyamanan dan berusaha meredakannya. Melalui bimbingan dan bantuan yang memadai, pasien memperoleh kemampuan untuk memahami nyeri dan mengelola kecemasan sebelumnya.

Fase Sensasi

Sensasi nyeri muncul ketika pasien merasakan ketidaknyamanan. Gerakan tubuh dan ekspresi wajah yang umum menandakan nyeri meliputi: menggertakkan gigi, mencengkeram area yang terdampak, membungkuk, dan meringis. Pasien mungkin menangis atau mengerang dan menunjukkan kegelisahan. Perawat harus membantu pasien dalam mengartikulasikan reaksi nyeri mereka secara efektif.

3) Fase Konsekuensial

Fase ini terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti. Nyeri merupakan krisis; oleh karena itu, setelah mengalami nyeri, pasien mungkin menunjukkan manifestasi fisik, termasuk menggigil, mual, muntah, marah, atau sedih. Episode nyeri yang berulang pada pasien dapat menyebabkan komplikasi kesehatan yang signifikan selama fase pemulihan.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu: (Mailani, 2024)

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Kebudayaan
- 4) Perhatian

- 5) Makna nyeri
 - 6) Ansietas
 - 7) Mekanisme koping
 - 8) Kelelahan
 - 9) Pengalaman sebelumnya
 - 10) Dukungan keluarga dan social
- b. Faktor-faktor yang mempengaruhi toleransi nyeri
- 1) Faktor-faktor yang dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri adalah sebagai berikut.
 - a) Obat-obatan
 - b) Hipnotis
 - c) Gesekan/garukan
 - d) Panas
 - e) Distraksi
 - f) Kepercayaan yang kuat
 - 2) Faktor-faktor yang dapat menurunkan toleransi terhadap nyeri adalah sebagai berikut.
 - a) Sakit atau penderitaan
 - b) Rasa bosan dan depresi
 - c) Marah
 - d) Kelelahan
 - e) Ansietas
 - f) Nyeri kronis

7. Klasifikasi nyeri

Berdasarkan durasi keluhan atau waktu terjadinya, nyeri dibagi menjadi: (Komisi, 2021)

a. Nyeri Akut

Menurut Federasi Dewan Medis Negara Bagian Amerika Serikat, nyeri akut adalah respons fisiologis yang normal dan dapat diprediksi terhadap rangsangan kimia, termal, atau mekanis setelah operasi, trauma, dan penyakit akut. Nyeri akut ditandai dengan nyeri yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang signifikan dan mereda seiring proses penyembuhan, terjadi dalam waktu singkat, mulai dari 1 detik hingga kurang dari 6 bulan.

b. Nyeri Kronis

Asosiasi Internasional untuk Studi Nyeri (IASP) mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melebihi waktu penyembuhan normal enam bulan. Karakteristik penyembuhan tidak dapat diprediksi, meskipun penyebabnya mudah ditentukan. Namun, dalam beberapa kasus, penyebabnya sulit ditentukan. Nyeri kronis dibagi menjadi dua jenis:

1) nyeri nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermiten).

Nyeri kronis persisten merupakan kombinasi manifestasi fisik dan psikologis, sehingga idealnya memerlukan intervensi fisik dan psikologis. Nyeri kronis persisten umumnya disebabkan oleh kesalahan diagnosis, rehabilitasi yang tidak memadai, siklus pemulihan, sindrom nyeri regional kompleks, sindrom nyeri miofasial, dan depresi. Di sisi lain, nyeri kronis intermiten adalah nyeri yang terjadi pada waktu-waktu tertentu. Contoh nyeri kronis intermiten antara lain migrain dan nyeri perut yang berhubungan dengan gangguan pencernaan jangka panjang. Pasien dengan nyeri kronis sering mengalami periode remisi (gejala yang menghilang sebagian atau seluruhnya dengan tingkat keparahan yang meningkat).

2) Nyeri kronis ganas

Biasanya disebabkan oleh kanker yang tidak diobati atau gangguan progresif lainnya, nyeri ini dapat menetap hingga kematian.

8. Pengkajian presepsi nyeri

Evaluasi Nyeri Menggunakan Metode PQRST

1) Menginduksi/Meringankan:

Pemeriksaan provokatif atau paliatif dapat dilakukan dengan menanyakan etiologi nyeri. Apa yang meredakan nyeri? Apa yang memperparah nyeri? Aktivitas apa yang Anda lakukan ketika rasa tidak nyaman muncul? Apakah rasa tidak nyaman tersebut membangunkan Anda?

2) Kaliber:

Kualitas dan kuantitas nyeri dapat dievaluasi dengan menentukan tingkat keparahan rasa tidak nyaman pasien. Bisakah Anda menjelaskan sifat nyerinya? Apakah nyeri tersebut seperti teriris, tajam, menekan, menusuk, membakar, kram, kolik, atau menyempit? Biarkan penderita mengartikulasikan pengalaman mereka dengan terminologi mereka sendiri.

3) Area Geografis dan Radiasi:

Region atau radiasi mengacu pada area spesifik di mana nyeri dialami atau berada. Evaluasi radiasi melibatkan pertanyaan apakah rasa tidak nyaman dialami, meluas ke area lain, atau menyebar ke area yang lebih luas. Apakah rasa tidak nyaman meluas ke area lain? Dari mana asalnya? Apakah nyeri terbatas pada lokasi tertentu atau menjalar?

4) Besaran/Intensitas:

Skala Keparahan ditandai dengan intensitas nyeri, yang dapat dinilai menggunakan CPOT untuk gangguan kesadaran atau skala penilaian nyeri lainnya yang sesuai dengan gejala pasien. Berapa intensitas nyerinya? Pada skala 0 hingga 10, di mana 0 menunjukkan tidak ada rasa tidak nyaman dan 10 menunjukkan rasa sakit yang luar biasa.

5) Durasi:

Waktu mengacu pada catatan temporal di mana kita akan menanyakan tentang awal mula keluhan nyeri dan frekuensi kemunculannya. Kita akan menanyakan apakah awal mulanya tiba-tiba atau bertahap, dan kapan ketidaknyamanan itu muncul. Apakah awal mulanya cepat atau bertahap? Berapa lama nyeri

tersebut muncul? Apakah nyeri tersebut berkelanjutan atau sporadis? Apakah Anda pernah mengalami nyeri ini? Apakah nyeri tersebut serupa dengan ketidaknyamanan sebelumnya atau berbeda?

C. Konsep Terapi Lavender

1. Definisi

Aromaterapi adalah teknik perawatan tambahan yang memanfaatkan minyak esensial dari herba aromatik untuk meringankan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup. Aromaterapi juga memengaruhi otak, seperti halnya obat analgesik. Menghirup aromaterapi mengaktifkan hipotalamus (kelenjar pituitari) untuk mengeluarkan endorfin. Endorfin dikenal dapat menimbulkan sensasi ketenangan, relaksasi, dan kegembiraan. Aromaterapi yang menggunakan lavender sering digunakan (Khairunnisa dkk., 2024).

Aromaterapi dengan lavender dapat meningkatkan aktivitas gelombang alfa di otak, sehingga menciptakan rasa tenang. Minyak esensial lavender dapat meredakan kecemasan. Lavender dapat menumbuhkan ketenangan, keseimbangan, penghiburan, penerimaan, dan kepercayaan diri. Senyawa aktif linalool dan linalil asetat yang terdapat dalam lavender memiliki sifat analgesik (Khairunnisa dkk., 2024).

2. Mekanisme Aromaterapi Lavender

Aromaterapi lavender adalah pengaplikasian 5 tetes minyak esensial cair pada kapas selama 15 menit. Kapas diberikan kepada pasien dua kali: 3 tetes pada 10 menit pertama dan 2 tetes pada 5 menit berikutnya, dengan total 15 menit. Pasien diinstruksikan untuk menarik napas perlahan dan dalam melalui hidung selama 4 detik sambil menutup mata, mempertahankan inhalasi selama 3 detik, lalu mengembuskannya melalui bibir yang mengerucut selama 5 detik (Khairunnisa dkk., 2024).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Femur

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. *Assesment* adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis yang diselidiki dan dianalisis untuk mengidentifikasi masalah fisik, psikologis, sosial, mental atau kesehatan pasien (Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu, 2020).

a. Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, pendidikan, status perkawinan, tanggal masuk RS, asuransi, nomor rekam medis, tanggal pengkajian dan diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Yang menyebabkan pasien masuk Rumah Sakit dan dirawat. Biasanya pasien masuk karena kecelakaan, fraktur, luka bakar, mengalami penganiayaan fisik.

a) *Provokating incident* : hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri adalah trauma pada bagian paha.

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

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

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

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien fraktur/patah tulang dapat disebabkan oleh trauma/kecelakaan degenerative dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat/perubahan warna kulit dan kesemutan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

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

4) Riwayat penyakit keluarga

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

5) Riwayat alergi

Mengkaji apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat, makanan, minuman, dll.

6) Pola fungsi kesehatan

a) Pola nutrisi

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

b) Pola eliminasi

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

c) Pola aktivitas dan istirahat

Semua pasien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur. Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain.

d) Psiko-sosial-spiritual

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan *body image*)

e) Pola Seksual dan Reproduksi

Dampak pada pasien fraktur yaitu, pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami pasien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

f) Sistem nilai dan kepercayaan

Pada pasien fraktur yang menjalani rawat inap perlu dikaji siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatannya. Apakah Tuhan, agama, kepercayaan penting untuk dirinya, kegiatan agama apa yang biasa dilakukan dan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, kompos mentis.
- b) Kesakitan, keadaan penyakit : akut, kronik, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fraktur biasanya akut.
- c) Tanda-tanda vital tidak normal

2) Tanda-tanda vital

Menurut Dan & Dengan, (2025), rentang tanda-tanda vital normal pada anak usia sekolah, yaitu:

- a) Tekanan darah :
Batasan sistolik (97-120 mmHg) Batasan diastolik (57-80 mmHg)
- b) Nadi : 75-118 x/ menit
- c) Suhu : 36 – 37 °C
- d) RR : 18-25x/ menit

3) Head to toe

Menurut (Kuliah et al., 2025) pengkajian *head to toe* pada pasien fraktur, yaitu:

e) Kepala

- (1) Inspeksi : bentuk kepala simetris, rambut kotor, kusam, berbau, ada, terlihat acak-acakan, tidak ada lesi.
- (2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kepala dan benjolan

abnormal di kepala.

f) Mata

(1) Inspeksi : terdapat kotoran mata, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, miosis.

(2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada palpebra.

g) Mulut dan lidah

(1) Inspeksi : bibir kering, gigi kotor, bau mulut, ada sisa makanan pada gigi, ada peradangan gusi, ada stomatitis.

h) Telinga

(1) Inspeksi : bentuk telinga kanan dan kiri simetris, ada serumen, tidak adanya lesi

(2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada mastoid dan benjolan pada daerah telinga.

(a) Palpasi

Biasanya pergerakan sama atau simetris, fremitus teraba sama

(b) Perkusi

Biasanya suara ketok sonor, tak ada redup atau suara tambahan lainnya.

(c) Auskultasi

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

i) Hidung

- (1) Inspeksi : simetris, ada polip, tidak ada cuping hidung
- (2) Palpasi : tidak ada benjolan maupun nyeri tekan pada sinus dan septum nasi.

j) Leher

- (1) Inspeksi : warna kulitnya sama dengan yang lain atau tidak, ada lesi atau tidak
- (2) Palpasi : terdapat pembesaran pada kelenjar tyroid atau tidak, terdapat pembesaran vena jugularis.

k) Dada

(1) Thoraks

(a) Inspeksi

Biasanya pernafasan meningkat, regular atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

(b) Palpasi

Biasanya pergerakan sama atau simetris, fremitus teraba sama

(c) Perkusi

Biasanya suara ketok sonok, tak ada redup atau suara tambahan lainnya.

(d) Auskultasi

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

(2) Jantung

(a) Inspeksi : ictus cordis tidak nampak

(b) Palpasi : ictus cordis teraba pada ics 5 mid clavikula sinistra

(c) Perkusi : pekak pada ics 3-5 sinistra

(d) Auskultasi : Bj 1 lup dan Bj 2 dup terdengar tunggal (tidak ada bunyi tambahan)

l) Abdomen

(1) Inspeksi

Biasanya bentuk datar, simetris tidak ada hernia.

(2) Palpasi

Biasanya turgor baik, hepar tidak teraba.

(3) Perkusi

Biasanya suara tympani

(4) Auskultasi

Biasanya bising usus normal ± 20 kali/menit

m) Ekstermitas

(1) Ekstermitas atas

Biasanya akral teraba dingin, CRT < 2 detik, turgor kulit baik, pergerakan baik.

(2) Ekstermitas bawah

Biasanya akral teraba dingin, CRT < 2 detik, turgor kulit jelek, pergerakan tidak simetris, terdapat lesi dan edema.

n) Penilaian tingkat kesadaran

apatis, stupor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan pasien.

o) Penilaian kekuatan otot

flaksia/lemah, tonus berkurang, tidak mampu bekerja.

p) Pemeriksaan penunjang

(1) Laboratorium pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui, Hemoglobin, hematokrit, sering rendah akibat perdarahan, laju endap darah (LED) meningkat.

(2) Radiologi X Ray dapat dilihat gambaran fraktur, deformitas dan metalikment.

(3) Venogram (anterogram) menggambarkan arus vaskularisasi.

(4) CT Scan untuk mendeteksi struktur fraktur yang kompleks.

(5) Rontgen yaitu untuk mengetahui Lokasi, luas dan jenis fraktur.

(6) Scan tulang atau MRI yaitu memperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

2. Diagnosis Keperawatan

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

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Data subyektif :

- 1) Mengeluh nyeri

Data obyektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Sulit tidur

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam, diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Pola tidur membaik

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Data Subyektif :

- 2) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- 3) Kekuatan otot menurun
- 4) Rentang gerak (ROM) menurun

Data Obyektif

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Sendi kaku

Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstermitas
- 2) Kekuatan otot
- 3) Rentang gerak (ROM)

c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Definisi :

Penurunan durasi dan kualitas tidur akibat pengaruh eksternal.

Data Subyektif :

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi

Data Obyektif :

-

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam, diharapkan pola tidur membaik (L.05045), dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur membaik
- 2) Keluhan sering terjaga membaik
- 3) Keluhan tidak puas tidur membaik
- 4) keluhan pola tidur berubah
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup membaik

d. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur invasif

Definisi :

Berpeluang lebih tinggi untuk tertular bakteri patogen yang berbahaya.

Faktor resiko :

- 1) Penyakit kronis

- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Tujuan dan kriteria hasil

Setelaah dilakukan Tindakan 3x8jam, diharapkan tingkat infeksi menurun (L,14137), dengan kriteria hasil :

- 1) Tingkat infeksi menurun
- 2) Nyeri tertangani
- 3) Demam dapat tertangani
- 4) Kultur area luka membaik

3. Intervensi Keperawatan

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

Intervensi keperawatan : Management nyeri (I.08238)

Definisi :

Memahami dan mengendalikan reaksi sensorik atau emosional yang ditimbulkan oleh kerusakan jaringan atau fungsi tubuh secara tiba-tiba atau bertahap, yang dapat berkisar dari yang ringan sampai yang parah dan berlangsung lama.

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Pemantauan potensi efek samping dari penggunaan analgetic

Terapeutik :

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dari sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik.

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan kerusakan integritas tulang.

Intervensi keperawatan : Dukungan mobilisasi (I.05173)

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

Observasi :

- 5) Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan
- 6) Identifikasi faktor resiko jatuh
- 7) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- 8) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.

Terapeutik :

- 1) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien

c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Intervensi keperawatan : Dukungan tidur (I.05174)

Definisi :

Mendorong periode kewaspadaan dan tidur yang konsisten.

Observasi :

- 1) Menentukan pola aktivitas tidur.
- 2) Menentukan pengganggu tidur secara fisik dan psikologis.
- 3) Menentukan makanan dan minuman apa yang menghambat tidur seperti kopi, alkohol, makanan yang dimakan tepat sebelum tidur, dan banyak minum air putih sebelum tidur.

- 4) Menentukan obat tidur yang digunakan.

Terapeutik :

- 1) Membatasi tidur siang dilakukan dengan mengubah lingkungan (seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur, dan posisi tidur).
- 2) Fasilitasi pengurangan stres sebelum tidur.
- 3) Tentukan jadwal tidur yang teratur.
- 4) Melakukan metode (seperti pijat pemosisian atau terapi akupresur guna memberikan kenyamanan)
- 5) Menyesuaikan durasi dan pengaturan jadwal untuk mendorong siklus tidur yang terjaga.

Edukasi :

- 1) Jelaskan pentingnya mendapatkan istirahat yang cukup saat tidak sehat.
- 2) Anjurkan kepatuhan terhadap rutinitas tidur yang teratur.
- 3) Anjurkan untuk menjauhi segala sesuatu yang dapat membuat terbangun.
- 4) Anjurkan penggunaan alat bantu tidur REM yang tidak termasuk penekan.
- 5) Ajarkan tentang penyebab pola tidur yang tidak teratur, seperti gaya hidup, masalah psikologis, dan seringnya pergantian shift di tempat kerja.

- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau metode nonfarmakologis lainnya

d. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur invasif

Intervensi keperawatan : Pencegahan infeksi (I.14539)

Definisi :

Menentukan dan mengurangi risiko terkena infeksi organisme patogen.

Observasi :

Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :

- 1) Jangan biarkan terlalu banyak orang berkunjung
- 2) Merawat kulit di area yang mengalami edema
- 3) Tangan harus dibersihkan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungannya
- 4) Menjaga teknik aseptik pasien berisiko tinggi

Edukasi :

- 1) Jelaskan gejala-gejala yang mengindikasikan adanya infeksi.
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang tepat
- 3) Ajarkan kepada siswa cara menilai kesehatan luka bedah atau luka terbuka.

Kolaborasi :

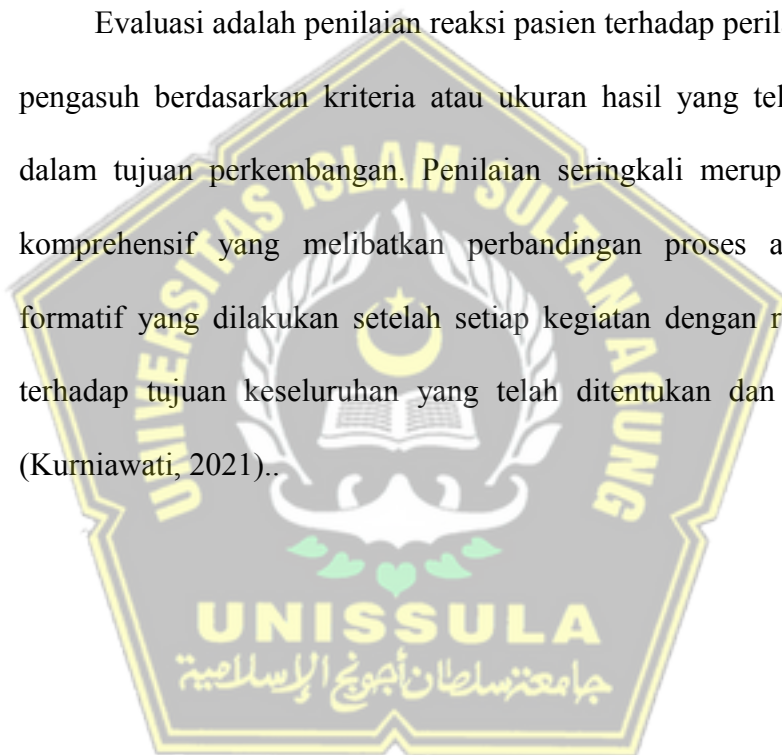
Kolaborasi pemberian imunisasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan ialah seperangkat langkah yang diambil oleh perawat guna mendampingi pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatan mereka dan meningkatkan kondisi kesehatan mereka secara keseluruhan (Kusuma & Surakarta, 2024)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian reaksi pasien terhadap perilaku kekerasan pengasuh berdasarkan kriteria atau ukuran hasil yang telah ditetapkan dalam tujuan perkembangan. Penilaian seringkali merupakan evaluasi komprehensif yang melibatkan perbandingan proses atau penilaian formatif yang dilakukan setelah setiap kegiatan dengan respons pasien terhadap tujuan keseluruhan yang telah ditentukan dan direncanakan (Kurniawati, 2021)..



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rencana studi kasus

Rancangan studi kasus yang digunakan untuk Karya Tulis Ilmiah ini yaitu studi kasus Deskriptif dengan bentuk studi kasus yang mendalam. Yang dimaksud dari desain studi kasus deskriptif mendalam ini adalah salah satu penelitian yang mendeskripsikan suatu kasus dengan memaparkan secara jelas dan mendalam dari hasil Asuhan Keperawatan dan menganalisis secara naratif serta menggambarkan prosedur secara terinci.

Rancangan penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Implementasi Aromaterapi lavender dengan gangguan nyeri akut di ruang Baitussalam 1 Rsi Sultan Agung Semarang”

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah salah satu pasien Tn. I dan Tn. A yang mengalami fraktur yang terdapat di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan diamati secara mendalam.

C. Fokus Studi

Dalam subyek studi kasus ini penulis memfokuskan pemberian aromaterapi lavender selama 15 menit untuk mengurangi rasa nyeri.

D. Definisi Operasional

Salah satu jenis relaksasi yang menggunakan minyak esensial yang terbuat dari tumbuhan Lavender yang memiliki manfaat menurunkan rasa

cemas dan memberi ketenangan diri yang diberikan secara inhalasi yaitu melalui tissue.

Salah satu jenis relaksasi untuk menurunkan kecemasan dan terapi untuk menenangkan diri yang mudah dilakukan oleh tiap orang, yaitu dengan cara bernapas dengan lambat, menahan napas maksimal hingga menghembuskan napas secara perlahan.

Rasa tidak nyaman yang timbul sebelum menjalani operasi yang disebabkan oleh factor internal (usia, pengalaman, Riwayat operasi, konsep diri) dan eksternal (kondisi medis, tingkat pendidikan, pengetahuan informasi, tingkat social ekonomi).

E. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus dilaksanakan di Ruang Baitussalam 1RSI Sultan Agung Semarang.
2. Waktu kasus dilaksanakan pada february 2025

F. Instrumen Studi Kasus

1. Aromaterapi Lavender dan SOP aromaterapi Aromaterapi Lavender merupakan terapi yang menggunakan essensial oil atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan serta membangkitkan jiwa raga. Aromaterapi lavender yang digunakan berbentuk minyak esensial cair yang diletakkan diatas tisu sebanyak 3 tetes minyak esensial pada tisu selama 10 menit dengan 2-3 kali tarikan nafas dalam. Dalam penelitina ini, aromaterapi tidak

menggunakan humidifier karena kondisi lingkungan di ruangan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan.

2. SOP nafas dalam Nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru, meningkatkan oksigenasi darah dan menurunkan kecemasan. Prosedur Tindakankeperawatan Teknik Relaksasi Nafas Dalam adalah sebagai berikut :

- a. Mencari posisi yang paling nyaman
- b. Pasien meletakkan lengan di samping pasien
- c. Kaki jangan di silangkan
- d. Tarik napas dalam, rasakan perut dan dada anda terangkat perlahan
- e. Rileks, keluarkan napas dengan perlahan lahan
- f. Hitung sampai 4, tarik napas pada hitungan 1 dan 2 keluarkan napas pada hitungan 3 dan 4
- g. Lanjutkan napas dengan perlahan, rilekskan tubuh, perhatikan setiap ketegangan pada otot anda
- h. Lanjutkan untuk bernapas rileks
- i. Konsentrasi pada wajah anda, rahang anda, leher anda, perhatikan setiap kesulitan

- j. Napas dalam kehangatan dan relaksasi konsentrasi setiap ketegangan di tangan anda, perhatikan bagaimana rasanya
 - k. Sekarang buat kepalan-kepalan tangan yang kuat, saat anda mulai mengeluarkan napas, relaksasikan kepala dan tangan anda.
 - l. Perhatikan apa yang dirasakan tangan anda, pikir “rileks” tangan anda terasa hangat, berat atau ringan
 - m. Upayakan untuk lebih rileks dan lebih rileks lagi.
 - n. Sekarang fokus pada lengan atas anda, perhatikan setiap ketegangan, relaksasikan lengan anda, biarkan perasaan relaksasi menyebar dari jari-jari dan tangan anda melalui otot lengan anda.
3. Skala *STAI*
- Alat ukur ini menggunakan skor-skor yang menunjukkan tingkat kecemasan. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa pernyataan yang akan diajukan kepada responden. Pernyataan tersebut merupakan tanda dan gejala kecemasan.
- Skala *STAI* form Y Spielberger terdiri dari 20 pernyataan dengan 4 respon skala likert. Sebagian dari item tersebut merupakan pernyataan positif (favorable), yakni merasa aman, nyaman, tidak gelisah, dan sebagainya, yang terdapat pada 10 nomor dengan skor: 4= tidak sama sekali; 3= kurang; 2= cukup; 1= sangat merasakan. Sepuluh lainnya merupakan pernyataan negatif (unfavorable), seperti ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi, gelisah, cemas, dan ketegangan. Pemberian skor pada pernyataan negatif

merupakan kebalikan dari skor pernyataan positif, yakni: 1= tidak sama sekali; 2= kurang; 3= cukup; 4= sangat merasakan.

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-20 dengan hasil:

- a. 20-31 : normal
- b. 32-43 : cemas ringan
- c. 44-55 : cemas sedang
- d. 56-67 : cemas berat
- e. 68-80 : panik

G. Metode Pengumpulan Data

Data yang sudah diperoleh dimulai dari mengobservasi maupun wawancara dengan menanyakan secara langsung kepada keluarga pasien, sebagai data bentuk dari data pendukung penulis untuk mengambil data dari rekam medis pada pasien untuk memperoleh data penunjang seperti hasil dari laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, maupun terapi dan advis dari dokter.

Prosedur pengumpulan data dapat dilakukan melalui beberapa cara dan tahapan, yaitu sebagai berikut :

1. Penulis meminta surat pengantar kepada pihak fakultas sebagai surat izin untuk melakukan studi kasus di RSI Sultan Agung Semarang Jawa Tengah.
2. Setelah mendapatkan surat izin dari pihak fakultas, penulis dapat menyerahkan dan meminta izin pada pihak diklat RSI Sultan Agung Semarang Jawa Tengah untuk melakukan pengambilan data studi kasus.

3. Apabila penulis telah mendapatkan izin dari pihak Diklat Sultan Agung dan mengkonfirmasi kepada penanggung jawab ruangan Baitussalam 1, apabila penulis akan melakukan studi kasus ruangan tersebut.
4. Setelah menemui penanggung jawab ruangan maupun kepala ruangan, penulis dapat memilih pasien yang sesuai dengan kriteria responden yaitu pasien fraktur femur dengan gangguan rasa nyeri.
5. Apabila penulis mendapatkan dua pasien yang sesuai dengan kriteria responden dapat dijadikan sebagai suatu subyek studi kasus. Sebelumnya penulis sudah meminta izin kepada pasien serta keluarga dengan menandatangani lembar persetujuan serta penulis menjelaskan maksud dan tujuan, manfaat maupun prosedur dari pengambilan studi kasus tersebut, serta memberikan bentuk terapi kepada pasien lebih kurang nya selama 3 hari.
6. Pasien maupun keluarga menyetujui untuk dijadikan subyek studi kasus, penulis dapat memulai proses pengkajian terhadap fraktur femur yang dialami oleh pasien sebelum pemberian terapi lavender dengan gangguan rasa nyeri.
7. Setelah mendapatkan data pengkajian yang lengkap, penulis dapat memulai menerapkan terapi lavender diberikan kurang lebih selama 3 hari berturut-turut sehingga rasa nyeri yang dirasakan sedikit berkurang dan dilakukan dijam yang sama.
8. Penulis dapat melakukan dengan aromaterapi lavender yang digunakan berbentuk minyak esensial cair yang diletakkan diatas tisu sebanyak 3 tetes

minyak esensial pada tissu selama 10 menit dengan 2-3 kali tarikan nafas dalam.

9. Apabila setelah pemberian terapi lavender kepada pasien selama kurang lebih 3 hari, maka penulis dapat melakukan dokumentasi keperawatan.

H. Analisis dan Penyajian Data

Setelah pengumpulan data melewati observasi, wawancara, serta studi dokumen, dilakukan analisis data. Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif dan objektif. Data subyektif merupakan data yang diperoleh dari klien berupa pendapat mengenai suatu keadaan atau peristiwa. Data objektif, sebaliknya, mengacu pada data yang bisa diamati dan diukur yang didapat dengan memakai panca Indera (penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sentuhan) selama pemeriksaan fisik. Peneliti kemudian menggunakan data ini untuk membuat diagnosis keperawatan. Peneliti kemudian mengembangkan rencana intervensi atau perawatan, melakukan implementasi atau administrasi, dan mengevaluasi perawatan yang diberikan kepada klien.

I. Etika Studi Kasus

Studi kasus ini pada umumnya tidak menimbulkan resiko bagi pasien, namun penulis harus tetap perlu untuk sensitifitas terhadap edaran isu-isu dalam menjalankan studi kasus. Pertimbangan etik dalam studi kasus ini dilakukan dengan memenuhi prinsip-prinsip “Hak manusia dalam sebuah penelitian”. Etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. Informed Consent (Persetujuan menjadi klien) yaitu bentuk persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subyek penelitian setelah mendapatkan

penjelasan yang lengkap serta terbuka dari penelitian, diberikan sebelum pengkajian. Penelitian ini melakukan beberapa hal yang berhubungan dengan informed consent antara lain:

- a. Mempersiapkan formulir persetujuan yang sudah ditandai dengan judul penelitian, isi formular informed consent yang mencakup, diantara sebagai berikut :
 - 1) Penjelsan dengan judul penelitian, tujuan serta manfaat dari penelitian
 - 2) Permintaan subyek untuk berpatisipasi dalam penelitian
 - 3) Penjelasan prosedur
 - 4) Gambaran mengenai resiko dan ketidak nyamanan selama penilitian
 - 5) Penjelasan mengenai keuntungan yang didapat dengan berpatisipasi sebagai subyek dari penelitian
 - 6) Penjelasan tentang kerahasiaan dan anonimitas
 - 7) Hak untuk mengundurkan diri dari subyek penelitian, kapanpun sesuai dengan keinginan dari subyek
 - 8) Persetujuan penelitian untuk memberikan informasi yang jujur terkait dengan prosedur penelitian
 - 9) Pertanyaan sesuai dengan subyek untuk ikut serta dalam penelitian

- b. Memberikan penjelasan langsung kepada subyek mencakup seluruh penjelasan lain yang diperlukan untuk memperjelas subyek tentang penatalaksanaan penelitian
- c. Memberikan kesempatan untuk bertanya tentang aspek-aspek yang belum dipahami dari penjelasan penelitian serta menjawab seluruh pertanyaan subyek yang terbuka
- d. Memberikan waktu yang cukup kepada subyek untuk menentukan pilihan yang diikuti atau menolak ikut serta sebagai subyek penelitian
- e. Meminta subyek untuk menandatangani formular informed consent jika ia menyetujui ikut serta dalam penelitian

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Penelitian tidak akan menampilkan informasi mengenai nama dan alamat asal responden dalam kuesioner maupun alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas serta kerahasiaan identitas dari subyek. Oleh karena itu penulis akan menulis nama responden cukup dengan menggunakan inisial serta memberikan nomor maupun kode pada masing-masing lembar tersebut. menggunakan inisial serta memberikan nomor maupun kode pada masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Manusia sebagai subyek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa penelitian dapat menyebabkan terbukanya informasi mengenai subyek, sehingga penulis perlu merahasiakan berbagai informasi yang

mencakup privasi subyek yang tidak ingin identitas nya dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh oranglain.

4. *Non Maleficienci* (tidak merugikan)

Mengandung makna bahwasannya setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat sebesar-besarnya bagi subyek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficience*) kemudian meminimalisir resiko maupun dampak dari merugikan bagi penulis.

5. *Justice* (keaslian)

Pada peneliti ini mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, cepat, cermat, hati-hati dan dilakukan dengan professional.

6. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas merupakan bentuk standar yang pasti bahwa Tindakan seseorang profesional dapat menilai dalam situasi yang tidak jelas maupun tanda terkecuali, contohnya seperti penanggung jawab pada diri sendiri, profesi, partisipan, sesama teman sejawat, karyawan, serta masyarakat. Apabila perawat salah dalam pemberian dosis obat pada partisipan yang menerima obat, maka dokter yang memberi tugas delegative, serta masyarakat yang menuntut kemampuan professional.

7. *Beneficiency* (berbuat baik)

Prinsip ini sangat menuntut bagi perawat untuk melakukan hal yang baik dan begitu dapat mencegah kesalahan maupun kejahatan. Contohnya seperti seorang perawat menasehati partisipan tentang program pelatihan untuk memperbaiki suatu Kesehatan.

8. *Veracity* (kejujuran)

Prinsip ini bukan hanya untuk dimiliki bagi seorang perawat, namun untuk dimiliki oleh seluruh tenaga pemberian pelayanan Kesehatan untuk menyampaikan suatu kebenaran pada setiap partisipan untuk meyakinkan agar partisipan mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komperensif, serta objektif. Kebenaran merupakan dasar untuk membina hubungan saling percaya bagi partisipan memiliki otonomi sehingga berhak mendapatkan informasi yang ia inginkan.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi hasil studi kasus dan pembahasan dari Asuhan Keperawatan implementasi penerapan aromaterapi lavender efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan fraktur femur post operasi ORIF. Hal ini menyatakan bahwa manajemen nyeri secara non-farmakologi berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri salah satunya dengan penerapan aromaterapi lavender pada pasien post operasi fraktur di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilaksanakan tanggal 21 Februari 2025 s.d 8 Maret 2025.

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

a. Pasien Pertama (Tn I)

Pengkajian dilaksanakan pada hari Sabtu, 21 Februari 2025 pada pukul 12.30 WIB di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Data diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan rekam medis klien sehingga didapatkan data sebagai berikut:

Pasien bernama Tn. I, umur 17 tahun 2 hari, jenis kelamin laki-laki, Pasien Tn I mengatakan pada tanggal 20 februari 2025 pukul 20.15 izin ke ayahnya untuk kerja kelompok di rumah temannya dan mengalami kecelakaan kemudian dibawa ke RSI Sultan Agung diruang IGD, saat di periksa di IGD terdapat fraktur femur di kaki kiri dan di bidai kemudian didapatkan program terapi operasi, setelah operasi kondisi pasien stabil dan

dibawa ke ruang rawat inap baitussalam 1 pada tanggal 21 february 2025 pada pukul 19.00 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. saat di ruan Baitussalam 1 pasien mengeluh nyeri post op Fraktur Femur kaki kiri dan mendapatkan terapi kerorolac inj 30mg 2x1, Cefoperazone sulbactam Inj 1gr, Gentamycyn Inj 80mg, RL 20 tpm. Dari pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 110/95 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C, GCS total 15 (E4V5M6) kesadaran *Compos Mentis*.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit stroke, pasien mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya tetapi pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan pasien mengatakan suka mengkonsumsi kopi. Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang mempunyai riwayat hipertensi yaitu orang tua pasien.

Pola kesehatan fungsional didapatkan hasil antara lain: Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pasien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang parah dan sampai dirawat di rumah sakit seperti saat ini, pasien hanya sering mengeluh pusing dan meminum obatb dari warung, pasien jarang memeriksa kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Pola eliminasi, pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dan BAK 5x sehari, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan BAB dan pasien terpasang kateter tampak urin bag terisi kurang lebih 500 cc urin berwarna kuning jernih.

Pola aktifitas dan latihan, pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas secara normal dan mandiri, saat sakit pasien mengatakan aktivitas

pasien seperti mandi, berpakaian, dan mobilisasi ditempat tidur memerlukan bantuan orang lain, toileting dan berpindah atau ambulasi memerlukan bantuan orang lain. Pola tidur dan istirahat, pasien mengatakan sebelum sakit tidur 6-7 jam setiap harinya, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pola tidur. Pola nutrisi metabolik, sebelum sakit pasien mengatakan makan teratur sehari 3x dan minum 6-8 gelas per hari, saat sakit pasien mengatakan hanya menghabiskan jatah makan yang diberikan oleh rumah sakit dengan dibantu oleh keluarganya.

Pola kognitif perseptual sensori, pasien mengatakan tidak mengalami keluhan yang berhubungan dengan kemampuan sensori, seperti penglihatan, penginderaan, pengecap dan perabaan. Pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan pendengaran. Tetapi pasien mengalami gangguan mobilitas pada kaki kiri karena post op fraktur femur. Pola persepsi dan konsep diri, pasien mengatakan dirinya adalah seorang anak, keluarga mengatakan pasien tidak mudah putus asa. Pasien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa bermain lagi. Pola mekanisme koping, pasien mengatakan jika ada masalah pasien lebih suka menyendiri terlebih dahulu hingga merasa tenang baru setelah itu berbicara baik kepada orangtuanya. Pasien mengatakan selalu terbuka kepada orangtuanya. Pola seksual reproduksi, pemahaman pasien tentang fungsi seksual baik. Pola peran berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik. Pola nilai dan kepercayaan, pasien mengatakan semasa sehat rajin beribadah dan ke masjid selalu sholat lima waktu dengan tepat waktu.

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil kesadaran pasien *Compos Mentis* dengan total GCS 15 (E4V5M6), vital sign TD: 110/95 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 85 x/menit, S: 36°C, SpO2: 98% TB: 158, BB: 60, IMT: 24 (BB normal).

Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam dan ada beberapa putih beruban. Mata pasien simetris, Pupil isokor terhadap Cahaya tidak menggunakan alat bantu lihat, konjungtiva anemis, sklera berwarna putih, penglihatan baik. Hidung bersih tidak ada sekret, tidak terpasang alat bantu pernapasan, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada sinusitis, tidak terpasang NGT, tidak mengalami gangguan. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tampak bersih.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan hasil bibir pasien tampak lembab, tidak ada lesi. Pemeriksaan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung saat dilakukan inspeksi tidak ada kelainan, dilakukan palpasi ictus cordis tidak teraba jelas, perkusi menunjukkan hasil terdengar suara pekak, dan saat dilakukan auskultasi suara jantung terdengar kuat lup dup S1 S2. Pada pemeriksaan paru saat dilakukan inspeksi bentuk dada kanan dan kiri simetris, tidak ada jejas, tidak ada kelainan, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, dilakukan palpasi tidak ada benjolan, perkusi terdengar sonor, dan auskultasi terdengar vesikuler.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan abdomen dengan melakukan inspeksi pada abdomen tidak ada jejas, tidak ada kemerahan, dilakukan auskultasi terdengar bising usus 8 x/menit, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan genetalia didapatkan hasil daerah genetalia bersih, tidak ada luka, terpasang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas : capillary refill time <3 detik, ekstremitas atas : tidak ada kelemahan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri skala 5, tidak ada infeksi pada daerah tusukan, ekstremitas bawah : kaki kanan kekuatan otot di skala 5, sedangkan kaki kiri skala 2, terdapat fraktur pada kaki kiri bagian atas. Pemeriksaan kulit, bersih, turgor kulit normal, warna sawo matang tidak ada edema.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 Februari 2025 didapatkan hasil:

Tabel 4. 1 Pemeriksaan Laboratorium Pasien 1

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	14.2	13.2 – 17.3	g/dL
Hematokrit	41.9	33.0 – 45.0	%
Leukosit	10.93	3.80 – 10.60	ribu/ μ L
Trombosit	392	150 – 440	ribu/ μ L
KIMIA KLINIK			
Ureum	12	10 - 50	mg/dL
Creatinin	0.78	0.70 – 1.30	mg/dL
Natrium (Na)	142.0	135 – 147	mmol/L
Kalium (K)	3.00	3.5 – 5.0	mmol/L
Klorida (Cl)	100.0	95 – 105	mmol/L

Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 21 februari 2025, pasien terpasang plat and screw pada os femur kedudukan baik, tampak drain pada

aspek lateral, masih tampak garis fraktur pada 1/3 tengah os femur, aposisi dan alignment baik. Tak tampak dislokasi sendi, tampak *soft tissue swelling* (post operasi).

Therapy *ketorolac* Inj 30mg 2x1, *cefoperazone sulbactam* Inj 1gr 3x1, *gentamicyn* Inj 80mg/2ml 2x1, Ringer laktat 20 tpm.

b. Pasien Kedua (Tn A)

Pengkajian dilaksanakan pada hari Sabtu, 22 Februari 2025 pada pukul 08.00 WIB di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Data diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan rekam medis pasien sehingga didapatkan data sebagai berikut:

Pasien bernama Tn. A, umur 17 tahun 6 hari, jenis kelamin laki-laki, alamat Wonokerto Karang tengah Demak, agama Islam, pendidikan SMA, dan bersuku bangsa Jawa. Pasien masuk rumah sakit pada hari Jum'at 21 Februari 2025 pukul 18.00 WIB dan di diagnosis medis oleh dokter mengalami Fraktur Femur dengan Nomor Rekam Medis 01515xxx. Keluhan utama saat dilakukan Pengkajian pasien mengatakan pada tanggal 21 februari 2025 izin kepada kakaknya untuk kerja kelompok di rumah temanya dan di jemput menggunakan tosa kemudian saat di jalan mengalami kecelakaan dengan menabrak tronton dan dibawa ke IGD di RSI Sultan Agung saat di periksa dokter pasien mengalami fraktur femur dan pasien mendapatkan program operasi, setelah operasi keadaan pasien membaik dan dibawa ke ruang baitussalam 1 pada pukul 09.00 pada tanggal 22 februari 2025 untuk

mendapatkan penanganan lebih lanjut. setelah diruang baitussalam 1 pasien mengeluh pada kaki kiri post op fraktur femur dan mendapatkan terapi, Ketorolac Inj 30mg 2x1, strechocine tablet 500mg 2x1, bisoprolol fumarate tablet 2,5 1x1, RL 20 tpm. TD:110/80 N:82x/mnt, RR 21x/mnt, S:36 C, SPo2 98%.

Riwayat penyakit dahulu, keluarga pasien mengatakan tidak memiliki Riwayat Kesehatan lalu seperti hipertensi, DM dan penyakit lainnya. Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki Riwayat alergi obat. Riwayat Kesehatan keluarga, keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki Riwayat Kesehatan keluarga dan tidak memiliki Riwayat penyakit yang sama seperti pasien. Riwayat Kesehatan lingkungan keluarga pasien mengatakan lingkungan dirumah sangat bersih dan nyaman.

Pola Kesehatan fungsional didapatkan hasil antara lain: Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pasien sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang parah dan pasien mengatakan jika kesehatan sangatlah penting. Pola eliminasi, pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari dan BAK 3-4x sehari, saat sakit pasien mengatakan tidak ada gangguan BAB dan pasien terpasang kateter urin bag terisi kurang lebih 500-700 cc urin berwarna kuning. Pola aktifitas dan latihan, pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas secara mandiri, saat sakit pasien mengatakan aktivitasnya dengan dibantu oleh keluarga. Pola istirahat dan tidur, pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur mulai jam 21.00 – 06.00 tidak ada kesulitan tidur, saat sakit pasien mengatakan tidur kurang nyaman dan sering terbangun saat waktu

malam hari ketika merasakan nyeri. Pola nutrisi metabolik, sebelum sakit pasien mengatakan makan teratur sehari 3-4x dengan lauk pauk, nasi, sayur dan minum 6-8 gelas per hari, saat sakit pasien mengatakan hanya makan bubur dari RS dan selalu habis 3x sehari.

Pola kognitif perseptual sensori, pasien mengatakan penglihatan jelas dan tidak ada gangguan penglihatan, pendengaran normal tidak ada gangguan tetapi setelah sakit pasien mengalami gangguan mobilitas pada kaki kiri karena post op fraktur femur. Pola persepsi diri dan konsep diri, pasien mengatakan selalu bersyukur kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala yang memberikan kesehatan jasmani dan rohani, saat sakit pasien mengatakan sedih dan menerima penyakit yang sedang dialaminya namun pasien dan keluarga semangat untuk sembuh.

Pola mekanisme koping, pasien mengatakan ketika mengambil keputusan tidak sendirian dan pasien selalu berdoa mencari solusi saat menghadapi masalah. Pola seksual reproduksi, pemahaman pasien masih kurang karena masih berumur 17 tahun. Pola peran berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan sangat akrab bersama teman dan keluarganya. Pola nilai dan kepercayaan, pasien beragama islam pasien selalu mengajarkan kepada anaknya untuk selalu percaya kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala.

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil kesadaran pasien *Compos Mentis* dengan total GCS 13 (E4V4M5), vital sign TD: 110/80 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 82 x/menit, S: 36 °C, SPO2: 96 %, TB: 164 cm, BB: 62 kg, IMT: 23 (BB normal).

Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam dan bersih. Mata pasien simetris, ketajaman mata pasien kurang baik, pasien mengalami penglihatan ganda. Hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tampak bersih.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan hasil bibir pasien tampak lembab, tidak ada sinosis. Pemeriksaan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung saat dilakukan inspeksi tidak ada kelainan, dan simetris, dilakukan palpasi ictus cordis tidak teraba jelas, perkusi menunjukkan hasil terdengar pekak, dan saat dilakukan auskultasi suara jantung terdengar kuat lup dup S1 S2 reguler. Pada pemeriksaan paru saat dilakukan inspeksi bentuk dada kanan dan kiri simetris, dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi terdengar sonor, dan auskultasi terdengar vesikuler.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan abdomen dengan melakukan inspeksi pada abdomen tidak ada lesi, simetris, dilakukan auskultasi terdengar bising usus 10 x/menit, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan genetalia didapatkan hasil daerah genetalia bersih, tidak ada luka, terpasang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas : capillary refill time <3 detik, ekstremitas atas : tidak ada kelemahan, kekuatan otot tangan kanan dan kiri skala 5, tidak ada infeksi pada daerah tusukan, ekstremitas bawah : kaki kanan kekuatan otot di

skala 5, sedangkan kaki kiri skala 2, terdapat fraktur pada kaki kiri bagian atas. Pemeriksaan kulit, bersih, tugor kulit normal, warna sawo matang tidak ada edema.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan hasil:

Tabel 4. 2 Pemeriksaan Laboratorium Pasien 2

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13.3	13.2 – 17.3	g/dL
Hematokrit	37.9	33.0 – 45.0	%
Leukosit	10.27	3.80 – 10.60	ribu/ μ L
Trombosit	140	150 – 440	ribu/ μ L
PPT			
PT	11.5	9.3 – 11.4	detik
PT (Kontrol)	11.9	9.3 – 12.7	detik
APPT			
APPT	31.5	21.8 – 28.4	detik
APPT (Kontrol)	27.0	21.0 – 28.4	detik
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	145	< 200	mg/dL
Ureum	305	10 - 50	mg/dL
Creatinin	4.87	0.70 – 1.30	mg/dL
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	132.0	135 - 147	mmol/L
Kalium (K)	4.70	3.5 – 5.0	mmol/L
Klorida (Cl)	104.0	95 - 105	mmol/L
IMUNOLOGI			
HBsAg (Kuantitatif)	< 0.05	Non Reaktif < 0.05	IU/mL

Dari hasil pemeriksaan radiologi pada tanggal 21 februari 2025 femur (non kontras) tampak terpasang fiksasi interna pada fraktur sinistra 1/3 tengah, kedudukan baik. Tampak garis fraktur pada os femur sinistra 1/3 tengah aposisi dan alignment sudah baik.

Therapy *ketorolac* inj 30mg 2x1 sehari, *bisoprolol fumarate* tablet 2,5 1x1 sehari, *Ringer laktat* 20 tpm

2. Analisa Data

Pasien 1

Data yang ditemukan saat analisa pada tanggal 21 februari 2025 pukul 09.00 WIB yang terdapat pada data subyektif yaitu klien mengatakan nyeri pada kaki kiri luka bekas post op fraktur femur dan nyerinya tidak kunjung hilang dengan data obyektif yaitu klien tampak mengeluh nyeri dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti ditusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S : 7, dan T: terjadi terus-menerus. Dari hasil data subyektif dan obyektif penulis menegakkan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik.

Kemudian dari data subyektif yang kedua yaitu klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas mobilitas seperti biasanya dan hanya bisa tirah baring, untuk data obyektifnya yaitu klien tampak mobilitasnya dibantu dan hanya bisa melakukannya di tempat tidur. Hasil tanda-tanda vitalnya ialah TD : 110/95 mmhg, S : 36°C, Nadi : 85x/menit, RR: 20x/menit , SPO₂ : 98% ,dan GCS : 15. Sehingga penulis menegakkan diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang.

Dari data subyektif yang ke tiga yaitu klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri pada kaki kiri dan sering terbangun saat tidur, data obyektifnya yaitu klien tampak matanya sayu dan lemas. Penulis menegakkan diagnosa Ganggua Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur.

Pasien 2

Data yang ditemukan saat analisa pada tanggal 22 februari 2025 pukul 16.00 WIB yang terdapat pada data subyektif yaitu klien mengatakan nyeri pada kaki kiri luka bekas post op fraktur femur dan nyerinya tidak kunjung hilang dengan data obyektif yaitu klien tampak mengeluh nyeri, gelisah, dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti diiris-iris, R: paha kiri tidak menjalar, S : 6, dan T: terjadi terus-menerus. Dari hasil data subyektif dan objektif penulis menegakkan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik.

Kemudian dari data subyektif yang kedua yaitu klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyerinya tidak kunjung hilang, untuk data obyektifnya yaitu klien tampak matanya sayu, lamas, dan kurang tidur. Hasil tanda-tanda vitalnya ialah TD : 110/85 mmhg, S : 36,1°C, Nadi : 82x/menit, RR: 21x/menit, SPO 2 : 98%, dan GCS : 13. Sehingga penulis menegakkan diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur. Dari hasil data subyektif yang ketiga yaitu klien mengatakan takut infeksi karena lukanya terbuka bekas post op fraktur sinistra dan data obyektifnya yaitu klien tampak takut, gelisah, dan khawatir. Oleh karena itu, penulis menegakkan diagnosa Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif.

3. Diagnosa keperawatan

Pasien 1

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

2. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang
3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

PS 2

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur
3. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasive

4. Intervensi keperawatan

- a) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Manajemen nyeri

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab nyeri
- b) Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang

Dukungam mobilisasi

Observasi

- a. Identifikasi keluhan fisik dan pergerakan fisik

Terapeutik

- a. Libatkan keluarga untuk bantu pasien

Edukasi

- a. Ajarkan mobilitas sederhana
- c). Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Dukungan tidur

Observasi

- a. Identifikasi faktor pengganggu tidur

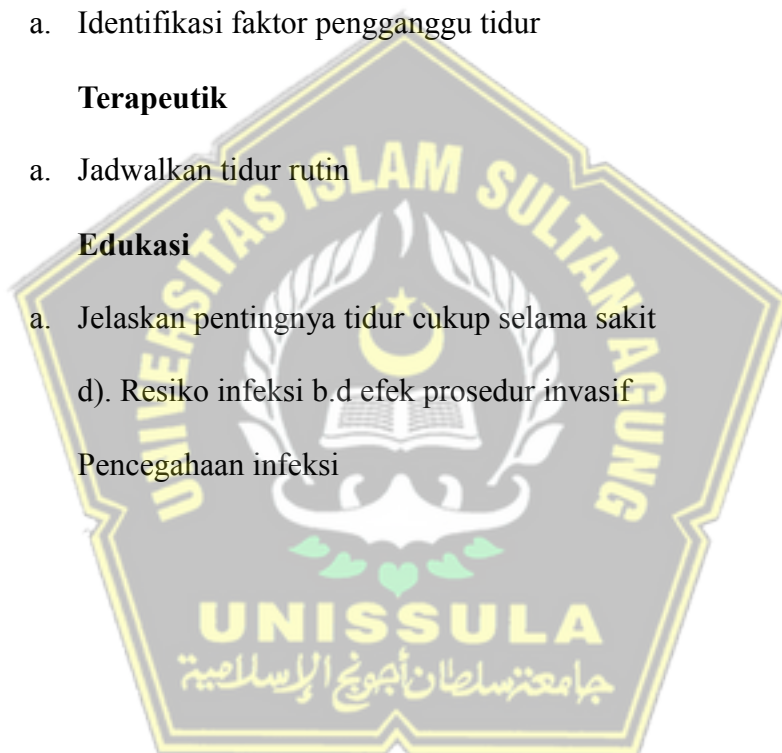
Terapeutik

- a. Jadwalkan tidur rutin

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- d). Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif

Pencegahan infeksi



Observasi

- a. Monitor tanda gejala infeksi

Terapeutik

- a. Batasi jumlah pengunjung

Edukasi

- a. Jelaskan tanda gejala infeksi

5. Implementasi

Pasien 1

1. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 21 Februari 2025 pukul 10.00 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyeri post op fraktur femur dikaki kiri dengan ditambahkan data P: nyeri saat di gerakan , Q: nyeri ditusuk-tusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S: 7, T: terus-menerus. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak mengeluh nyeri dan mringis. Pada pukul 10.35 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan akan mencoba terapi tersebut dengan data obyektif : pasien tampak ingin mencoba terapi tersebut. Pada pukul 10.55 WIB dilakukan implementasi ke tiga yaitu menjelaskan penyebab nyeri didapatkan data subyektif: pasien mengatakan ingin tau kenapa nyerinya tidak kunjung sembuh obyektif : pasien tampak ingin tau penyebab nyerinya.

Selanjutnya dilakukan Tindakan implementasi pukul 10.15 WIB dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi keluhan fisik dengan data subyektif : pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas karena keterbatasan akibat luka post op dan data obyektif: pasien tampak tirah baring dan lemas serta data tanda-tanda vital TD: 110/95 mmhg, N: 85x/menit, RR: 20x/menit, S: 36C, SPO2: 98%, dan GCS: 15. Pada pukul 10.45 WIB dengan implementasi kedua yaitu melibatkan keluarga untuk membantu pasien dan didapatkan data subyektif: pasien mengatakan saat beraktivitas dibantu orangtua serta data obyektif: pasien tampak dibantu saat melakukan aktivitas. Pada pukul 11.20 WIB dilakukan implementasi ketiga yaitu mengajarkan mobilitas sederhana dengan data subyektif : pasien mengatakan bersedia diajarkan mobilitas sederhana dan data obyektifnya : pasien tanpa ingin diajarkan mobilitas sederhana.

Pada pukul 10.30 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa ketiga yaitu mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyerinya tidak kunjung membaik, dan didapatkan data obyektif :pasien tampak tidak bisa tidur dan matanya sayu.

Padaa pukul 11.25 WIB implementasi kedua yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan data subyektifnya : pasien mengtakan paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektifnya : pasien tampak paham.

2. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 pukul 14.25 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu

mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan masih nyeri post op fraktur femur dikaki kiri dengan ditambahkan data P: nyeri saat di gerakan , Q: nyeri ditusuk-tusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S: 6, T: hilang timbul. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak mengeluh nyeri dan mringis. Pada pukul 14.55 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang sedikit dengan data obyektif : pasien tampak menghirup aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri. Pada pukul 16.20 WIB dilakukan implementasi ke tiga yaitu menjelaskan penyebab nyeri didapatkan data subyektif: pasien mengatakan sudah paham dan masih inga tapa yang dijelaskan perawat kemaren obyektif : pasien tampak masih paham penyebab nyeri

Selanjutnya dilakukan Tindakan implementasi pukul 14.40 WIB dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi keluhan fisik dengan data subyektif : pasien mengatakan belum bisa jalan dan masih dibantu dan data obyektif: pasien tampak masih dibantu orangtuanya serta data tanda-tanda vital TD: 115/110 mmhg, N: 89x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5C, SPO2: 99%, dan GCS: 15. Pada pukul 15.30 WIB dengan implementasi kedua yaitu melibatkan keluarga untuk membantu pasien dan didapatkan data subyektif: pasien mengatakan masih dibantu orangtuanya saat beraktivitas serta data obyektif: pasien tampak dibantu

saat melakukan aktivitas. Pada pukul 16.50 WIB dilakukan implementasi ketiga yaitu mengajarkan mobilitas sederhana dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa apa yang diajarkan tetapi masih dibantu dan data obyektifnya : pasien tampak melakukan mobilitas secara perlahan.

Pada pukul 14.50 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa ketiga yaitu mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan pola tidurnya masih terganggu karena nyerinya tidak kunjung membaik, dan didapatkan data obyektif :pasien tampak pola tidurnya masih terganggu. Padaa pukul 17.00 WIB implementasi kedua yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan data subyektifnya : pasien mengatakan sudah paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektifnya : pasien tampak sudah paham

3. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 pukul 08.00 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan masih nyeri post op fraktur femur dikaki kiri tetapi sudah berkurang dengan ditambahkan data P: nyeri saat di gerakan , Q: nyeri ditusuk-tusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S: 3, T:hilang timbul. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak nyerinya sudah berkurang. Pada pukul 08.50 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang sedikit dengan

data obyektif : pasien tampak menghirup aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri.

Selanjutnya dilakukan Tindakan implementasi pukul 08.30 WIB dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi keluhan fisik dengan data subyektif : pasien mengatakan belum bisa jalan dan masih dibantu dan data obyektif: pasien tampak masih dibantu orangtuanya serta data tanda-tanda vital TD: 105/101 mmhg, N: 95x/menit, RR: 20x/menit, S: 35C, SPO2: 100%, dan GCS: 15. Pada pukul 09.00 WIB dengan implementasi kedua yaitu melibatkan keluarga untuk membantu pasien dan didapatkan data subyektif: pasien mengatakan masih dibantu orangtuanya saat beraktivitas serta data obyektif: pasien tampak dibantu saat melakukan aktivitas. Pada pukul 09.40 WIB dilakukan implementasi ketiga yaitu mengajarkan mobilitas sederhana dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa melakukannya tetapi masih dibantu dan data obyektifnya : pasien tampak melakukan mobilitas secara perlahan.

Pada pukul 08.40 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa ketiga yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik dan nyerinya masih bisa ditahan dan didapatkan data obyektif :pasien tampak pola tidurnya sudah membaik. Padaa pukul 09.00 WIB implementasi kedua yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan data subyektifnya : pasien

mengatakan sudah paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektifnya
: pasien tampak sudah paham

Pasien 2

1. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 pukul 17.00 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyeri post op fraktur femur dikaki kiri dengan ditambahkan data P: nyeri saat di gerakan , Q: nyeri diiris-iris, R: paha kiri tidak menjalar, S: 6, T: terus-menerus. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak mengeluh nyeri dan mringis. Pada pukul 17.40 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan akan mencoba terapi tersebut dengan data obyektif : pasien tampak ingin mencoba terapi tersebut. Pada pukul 18.10 WIB dilakukan implementasi ke tiga yaitu menjelaskan penyebab nyeri didapatkan data subyektif: pasien mengatakan ingin tau kenapa nyerinya tidak kunjung sembuh obyektif : pasien tampak ingin tau penyebab nyerinya.

Pada pukul 17.20 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyerinya tidak kunjung membaik, dan didapatkan data obyektif :pasien tampak tidak bisa tidur dan sering terjaga. Dan ditambah data TTV yaitu TD: 110/80mmhg, S : 36,1C, N: 82x/menit,

RR: 21x/ menit, SPO2:98%, dan GCS : 13. Pada pukul 17.50 WIB dilakukan implementasi menjadwalkan tidur rutin dengan data subyektif: pasien mengatakan ingin menjadwalkan tidur rutin dan data obyektifnya : pasien tampak ingin menjadwalkan tidurnya. Pada pukul 18.10 WIB implementasi kedua yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan data subyektifnya : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektifnya : pasien tampak paham.

Pada pukul 17.30 WIB melakukan implementasi dengan diagnose ketiga yaitu risiko infeksi dengan implementasi : memonitor tanda gejala infeksi dengan data subyektif: pasien mengatakan takut terkena infeksi karena terdapat luka terbuka bekas post op dan data obyektifnya :pasien tampak khawatir, takut, dan gelisah. Pukul 18.00 WIB implementasi kedua yaitu membatasi jumlah pengunjung dengan data subyektif : pasien mengatakan hanya orang tua yang berkunjung dan data obyektif: pasien tampak ditemani orang tuanya saja. Pada pukul 18.30 WIB dilakukan implementasi ketiga yaitu menjelaskan tanda gejala infeksi dengan data subyektif : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektif : pasien tampak paham apa yang dijelaskan perawat.

2. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 pukul 10.00 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyerinyerinya berkurang sedikit dengan ditambahkan data P: nyeri saat di

gerakan , Q: nyeri diiris-iris, R: paha kiri tidak menjalar, S: 4 T: hilang timbul. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak masih nyeri tetapi sudah berkurang. Pada pukul 10.42 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah mencoba terapi tersebut dengan data obyektif : pasien tampak nyerinya berkurang saat melakukan terapi tersebut. Pada pukul 11.35 WIB dilakukan implementasi ke tiga yaitu menjelaskan penyebab nyeri didapatkan data subyektif: pasien mengatakan inga tapa yang dijelaskan perawat. obyektif : pasien tampak masih paham.

Pada pukul 10.25WIB dilakukan implementasi dari diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa tidur tetapi masih terbangun, dan didapatkan data obyektif :pasien tampak sudah bisa tidur tetapi masih terbangun, dan ditambah data TTV yaitu TD: 125/100mmhg, S : 35,7C, N: 87x/menit, RR: 20x/ menit, SPO2:99%, dan GCS : 14. Pada pukul 10.51 WIB dilakukan implementasi menjadwalkan tidur rutin dengan data subyektif: pasien mengatakan sudah menjadwalkan tidur rutin dan sudaah bisa tidur, data obyektifnya : pasien tampak sudah menjadwalkan tidurnya dan sudah bisa tidur. Pada pukul 11.25 WIB implementasi kedua yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan data subyektifnya : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektifnya : pasien tampak paham.

Pada pukul 10.30 WIB melakukan implementasi dengan diagnose ketiga yaitu risiko infeksi dengan implementasi : memonitor tanda gejala infeksi dengan data subyektif: pasien mengatakan masih takut terkena infeksi karena terdapat luka terbuka bekas post op dan data obyektifnya :pasien tampak masih khawatir, takut, dan gelisah. Pukul 11.25 WIB implemntasi kedua yaitu membatasi jumlah pengunjung dengan data subyektif : pasien mengatakan hanya orangtua yang berkunjung dan data obyektif: pasien tampak ditemani orangtuanya saja. Pada pukul 11.40 WIB dilakukan implementasi ketiga yaitu menjelaskan tanda gejala infeksi dengan dat subyektif : pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat dan data obyektif : pasien tampak paham apa yang dijelaskan perawat.

3. Pada diagnosa Nyeri akut dilakukan pada tanggal 24 Februari 2025 pukul 15.00 WIB hari pertama dengan implementasi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyerinya berkurang sedikit tapi masih bisa ditahan dengan ditambahkan data P: nyeri saat di gerakan , Q: nyeri diiris-iris, R: paha kiri tidak menjalar, S: 3 T: hilang timbul. Dan di dapatkan data obyektif: pasien tampak masih nyeri tetapi tertahankan. Pada pukul 15.40 WIB dilakukan implementasi kedua yaitu memberikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dengan data subyektif : pasien mengatakan nyerinya berkurang saat melakukan terapi tersebut

dengan data obyektif : pasien tampak nyerinya berkurang saat melakukan terapi tersebut.

Pada pukul 15.20 WIB dilakukan implementasi dari diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa tidur, dan didapatkan data obyektif :pasien tampak sudah bisa tidur, dan ditambah data TTV yaitu TD: 120/100mmhg, S : 36C, N: 85x/menit, RR: 20x/ menit, SPO2:100%, dan GCS : 15. Pada pukul 16.00 WIB dilakukan implementasi menjadwalkan tidur rutin dengan data subyektif: pasien mengatakan masih menjadwalkan tidur rutin dan sudah bisa tidur, data obyektifnya : pasien tampak masih menjadwalkan tidurnya dan sudah bisa tidur.

Pada pukul 15.30 WIB melakukan implementasi dengan diagnose ketiga yaitu risiko infeksi dengan implementasi : memonitor tanda gejala infeksi dengan data subyektif: pasien mengatakan sudah tidak takut terkena infeksi karena nyerinya sudah berkurang dan data obyektifnya :pasien tampak sudah khawatir, takut, dan gelisah. Pukul 15.50 WIB implemntasi kedua yaitu membatasi jumlah pengunjung dengan data subyektif : pasien mengatakan hanya orangtua yang berkunjung dan data obyektif: pasien tampak ditemani orangtuanya saja.

6. Evaluasi

Pasien 1

1. Pada diagnosa pertama tanggal 21 februari 2025 pukul 13.40 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang di lakukan yaitu **Subyektif** :

klien mengatakan nyeri pada kaki kiri luka bekas post op fraktur femur dan nyerinya tidak kunjung hilang dengan data **Obyektif** yaitu klien tampak mengeluh nyeri dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti ditusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S : 7, dan T: terjadi terus-menerus. Dengan **Analisa** masalah belum teratasi dan **Planning** yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 13.50 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena ada luka bekas post op fraktur, dan data obyektif yaitu klien tampak tirah baring dan lemas serta didapatkan data TTV yaitu TD : 110/95 mmhg, S : 36°C, Nadi : 85x/menit, RR: 20x/menit , SPO 2 : 98% ,dan GCS : 15. Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu Identifikasi keluhan fisik dan pergerakan fisik, Libatkan keluarga untuk bantu pasien, dan Ajarkan mobilitas sederhana.

Pada diagnosa ke tiga pukul 14.00 WIB dengan subyektif yaitu klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri pada kaki kiri dan sering terbangun saat tidur, data obyektifnya yaitu klien tampak matanya sayu dan lemas. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan Planningnya yaitu Identifikasi faktor pengganggu tidur, Jadwalkan tidur rutin, dan Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

2. Pada diagnosa pertama tanggal 22 februari 2025 pukul 20.30 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang di lakukan yaitu **Subyektif** : klien mengatakan masih nyeri pada kaki kiri tetapi sudah berkurang dengan data **Obyektif** yaitu klien tampak masih nyeri dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti ditusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S : 6, dan T: terjadi hilang timbul. Dengan **Analisa** masalah teratasi sebagian dan **Planning** yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 20.50 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya tetapi masih bisa jika dibantu kelyarganya , dan data obyektif yaitu klien tampak dibantu saat beraktivitas serta didapatkan data TTV yaitu TD : 115/110 mmhg, S : 36,5°C, Nadi : 89x/menit, RR: 20x/menit , SPO 2 : 99% ,dan GCS : 15. Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu Identifikasi keluhan fisik dan pergerakan fisik, Libatkan keluarga untuk bantu pasien, dan Ajarkan mobilitas sederhana.

Pada diagnosa ke tiga pukul 21.00 WIB dengan subyektif yaitu klien mengatakan sudah bisa tidur karena nyeri pada kaki kiri berkurang data obyektifnya yaitu klien tampak sudah bisa tidur. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan Planningnya yaitu Identifikasi faktor pengganggu

tidur, Jadwalkan tidur rutin, dan Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

3. Pada diagnosa pertama tanggal 23 februari 2025 pukul 13.45 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang dilakukan yaitu **Subyektif** : klien mengatakan nyerinya berkurang dengan data **Obyektif** yaitu klien tampak masih nyeri masih bisa ditahankan disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti ditusuk, R: paha kiri tidak menjalar, S : 3, dan T: terjadi hilang timbul. Dengan **Analisa** masalah teratasi sebagian dan **Planning** yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 13.45 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan masih dibantu saat beraktivitas, dan data obyektif yaitu klien tampak masih dibantu saat beraktivitas serta didapatkan data TTV yaitu TD : 105/101 mmhg, S : 35°C, Nadi : 95x/menit, RR: 20x/menit, SPO 2 : 100% ,dan GCS : 15. Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu Identifikasi keluhan fisik dan pergerakan fisik, Libatkan keluarga untuk bantu pasien, dan Ajarkan mobilitas sederhana.

Pada diagnosa ke tiga pukul 14.10 WIB dengan subyektif yaitu klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyaman dan dari data obyektifnya yaitu klien tampak sudah bisa tidur dengan nyaman. Dengan analisa masalah teratasi dan Planning dihentikan.

Pasien 2

1. Pada diagnosa pertama tanggal 22 februari 2025 pukul 20.05 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang di lakukan yaitu Subyektif : klien mengatakan nyeri pada kaki kiri luka bekas post op fraktur femur dan nyerinya terus menerus dengan data Obyektif yaitu klien tampak mengeluh nyeri, gelisah ,dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti diiris- Iris R: paha kiri tidak menjalar, S : 6, dan T: terjadi terus-menerus. Dengan Analisa masalah belum teratasi dan Planning yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 20.20 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyerinya tidak kunjung hilang, untuk data obyektifnya yaitu klien tampak matanya sayu, lamas, dan kurang tidur. Hasil tanda-tanda vitalnya ialah TD : 110/85 mmhg, S : 36,1°C, Nadi : 82x/menit, RR: 21x/menit , SPO 2 : 98% ,dan GCS : 13. . Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur, Jadwalkan tidur rutin, dan Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Pada diagnosa ketiga pukul 20.25 WIB dengan data subyektifnya yaitu klien mengatakan takut infeksi karena lukanya terbuka bekas post op fraktur sinistra dan data obyektifnya yaitu klien tampak takut, gelisah, dan

khawatir. Data analisa masalah belum teratasi dan lanjutkan Planning Monitor tanda gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, dan Jelaskan tanda gejala infeksi

2. Pada diagnosa pertama tanggal 23 februari 2025 pukul 14.25 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang di lakukan yaitu Subyektif : klien mengatakan masih nyeri pada kaki kiri tetapi sudah berkurang dengan data Obyektif yaitu klien tampak masih nyeri dan mringis disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : di iris-iris , R: paha kiri tidak menjalar, S : 4, dan T: terjadi hilang timbul. Dengan Analisa masalah teratasi sebagian dan Planning yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 14.30 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan sudah bisa tidur tetapi masih terbangun untuk data obyektifnya yaitu klien tampak sudah bisa tidur tetapi masih terbangun . Hasil tanda-tanda vitalnya ialah TD : 125/100 mmhg, S : 35,7°C, Nadi : 87x/menit, RR: 20x/menit , SPO 2 : 99% ,dan GCS : 14. . Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur, Jadwalkan tidur rutin, dan Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Pada diagnosa ketiga pukul 14.35 WIB dengan data subyektifnya yaitu klien mengatakan masih takut dan khawatir infeksi karena lukanya terbuka

bekas post op fraktur sinistra dan data obyektifnya yaitu klien tampak masih takut, gelisah, dan khawatir. Data analisa masalah teratasi sebagian dan lanjutkan Planning Monitor tanda gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, dan Jelaskan tanda gejala infeksi

3. Pada diagnosa pertama tanggal 24 februari 2025 pukul 20.10 WIB didapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang dilakukan yaitu Subyektif : klien mengatakan nyerinya berkurang dan masih bisa di toleransi dengan data Obyektif yaitu klien tampak masih nyeri masih bisa ditahankan disertai data P: nyeri saat digerakan, Q : seperti diiris-iris, R: paha kiri tidak menjalar, S : 3, dan T: terjadi hilang timbul. Dengan Analisa masalah teratasi sebagian dan Planning yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis dengan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri dan Jelaskan penyebab nyeri.

Pada diagnosa ke dua pukul 20.15 WIB dengan data subyektif yaitu klien mengatakan sudah bisa tidur tetapi masih terbangun karena nyerinya ,untuk data obyektifnya yaitu klien tampak sudah bisa tidur tetapi masih terbangun matanya. Hasil tanda-tanda vitalnya ialah TD : 120/100mmhg, S : 36°C, Nadi : 85x/menit, RR: 20x/menit , SPO 2 : 100% ,dan GCS : 15. Dengan analisa masalah teratasi sebagian. Planningnya yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur, Jadwalkan tidur rutin, dan Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Pada diagnosa ketiga pukul 20.20 WIB dengan data subyektifnya yaitu klien mengatakan sudah tidak khawatir infeksi karena nyerinya sudah berkurang takut dan data obyektifnya yaitu klien tampak tenang dan sudah tidak khawatir. Data analisa masalah teratasi sebagian dan lanjutkan Planning Monitor tanda gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, dan Jelaskan tanda gejala infeksi

B. Pembahasan

Dalam hal ini, penulis akan membahas dan menganalisis suatu bentuk kasus dari asuhan keperawatan yang telah dibuat yaitu implementasi pemberian Aromaterapi Lavender pada pasien post op fraktur femur. Pembahasan ini berdasarkan dari beberapa bagian yang meliputi pengkajian, penegakan diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dalam penyusunan asuhan keperawatan dibutuhkan dalam jangka waktu 3 hari yaitu pada tanggal 21-25 Februari 2025 di RSI Sultan Agung Semarang pada ruangan Baitussalam 1 Dalam asuhan keperawatan ini penulis menegakkan diagnose kepada pasien diantaranya yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah paling awal pada proses keperawatan. Pada tahap pengkajian didapatkan informasi tentang data klien yang akan digunakan sebagai data dasar untuk melanjutkan proses keperawatan ke tahap selanjutnya (James W, 2021).

Dalam penyusunan asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian penulis tidak memiliki hambatan karena klien kooperatif. Pengkajian asuhan keperawatan pada Tn. I dan Tn. A dengan fraktur femur tertutup di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang data – data yang diperoleh penulis meliputi data dasar, data fokus, subjektif dan objektif

Saat pengkajian asuhan keperawatan ini penulis memiliki kekurangan dalam pengkajian yaitu penulis kurang mengetahui seberapa besar luka fraktur klien, yang seharusnya dikaji dalam kasus fraktur, karena penulis kurang teliti dalam melakukan pengkajian ini.

2. **Diagnosis keperawatan**

Berdasarkan proses pengumpulan data klien ditemukan 3 diagnosa diantaranya : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**. Nyeri adalah respon subjektif stresor yang dirasakan baik secara fisik maupun psikologis (Pokhrel, 2024). Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis menegaskan masalah nyeri akut masalah yang didapatkan pada klien, karena klien mengeluh nyeri dan terlihat meringis dengan skala nyeri 7. Penulis menegaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik menjadi diagnosa prioritas utama dikarenakan nyeri merupakan faktor utama yang dapat menyebabkan

kerusakan pada seluruh jaringan tubuh sehingga apabila terdapat nyeri maka seluruh jaringan pada tubuh akan mengalami perubahan bahkan kehilangan jaringan normalnya.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang**. Menurut (Dewi & Nyoman Ari Trisna, 2021). Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam mobilitas fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penulis menegakan masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena pada data ditemukan pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan nyeri saat bergerak. Penulis juga perlu melihat perubahan pergerakan pada ekstremitas klien khususnya ekstremitas bawah, dan pengaruh nyeri yang dirasakan klien pada saat melakukan pergerakan khususnya ekstremitas bawah. Pada diagnosa yang kedua ini penulis seharusnya menetapkan gangguan muskuloskeletal menjadi etiologi, karena sebelumnya nyeri sudah ditetapkan menjadi diagnosa keperawatan utama.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu **gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur**. Menurut PPNI (2016) gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal yang dialami klien. Penulis menegakan masalah gangguan pola tidur karena klien mengatakan sulit tidur dikarenakan tidak bisa mengontrol rasa nyeri yang dirasakan dan karena hambatan lingkungan sekitar klien yang kurang nyaman. Berdasarkan data yang didapat, gangguan pola tidur

berhubungan dengan hambatan lingkungan ditegakan secara tepat karena berhubungan dengan rasa nyeri yang dirasakan dan hambatan lingkungan sekitar yang kurang nyaman.

Dalam menentukan prioritas keperawatan yang dikemukakan teori hierarki Maslow (1970), mengenai kebutuhan merupakan metode dalam menentukan prioritas. Hierarki dalam menentukan prioritas ada lima kebutuhan dasar manusia antara lain : kebutuhan yang pertama adalah kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan pemenuhan dasar biologis, bernafas, kebutuhan makan dan minum. Kebutuhan yang kedua adalah kebutuhan rasa aman, yaitu perlindungan dari ancaman lingkungan yang berbahaya. Kebutuhan yang ketiga adalah kebutuhan penghargaan, kasih sayang dan cinta, yaitu kebutuhan berinteraksi dalam kelompok, kebutuhan mencintai dan dicintai. Kebutuhan yang keempat adalah kebutuhan harga diri, yaitu kebutuhan untuk dihargai dan dihormati. Kebutuhan yang kelima adalah kebutuhan aktualisasi diri yaitu kebutuhan untuk menggunakan keterampilan skill dan potensi (Putri & Irdiyanti, 2023).

3. Intervensi Keperawatan

Tahapan yang ketiga yaitu intervensi keperawatan, intervensi keperawatan merupakan panduan khusus tentang apa yang diharapkan klien berdasarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat. Intervensi yang dilakukan perawat untuk membantu klien mencapai hasil yang diinginkan (Zaman et al., 2024). Dalam penulisan intervensi keperawatan perawat hendak nya menggunakan prinsip SMART yaitu *Specific* artinya tidak

memberikan arti ganda atau tujuan yang dicapai harus spesifik. *Measurable* artinya dapat didengar, diukur, dilihat, diraba, dibantu, dirasakan oleh klien. *Achievable* artinya secara realistis dapat dicapai. *Reasonable* artinya dapat dipertanggung jawabkan. *Time* artinya mempunyai batas waktu yang sesuai dengan keadaan klien.

Dalam melakukan intervensi keperawatan penulis tidak dapat mencapai SMART karena pada prinsip *Achievable* penulis tidak dapat mencapai target pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dikarenakan penulis mengalami keterbatasan waktu dalam melanjutkan intervensi.

Intervensi yang pertama dengan diagnosa **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** bertujuan, setelah dilakukannya asuhan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada intervensi yang ditegakan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik bertujuan agar klien dapat memantau nyeri yang dirasakan. Intervensi yang ditegakan penulis antara lain : monitor kualitas nyeri untuk memantau rasa nyeri dirasakan. Pada pasien post operasi fraktur biasanya akan mengeluh nyeri dari intensitasi ringan hingga berat. Adanya monitor kualitas nyeri dapat memberi informasi penting mengenai seberapa hebat kualitas nyeri yang dirasakan (Khairunnisa et al., 2024). Monitor lokasi dan penyebaran nyeri untuk mengetahui lokasi dan penyebaran nyeri dan agar lokasi nyeri tidak berpindah (Mailani, 2024). Monitor intensitas nyeri menggunakan skala untuk mengantisipasi perubahan angka nyeri yang

dirasakan klien sehingga perawat dapat mengevaluasi nyeri dirasakan klien. Teknik yang digunakan untuk memudahkan observasi skala nyeri yaitu dengan teknik PQRST (Mailani, 2024). Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi klien untuk memantau rasa nyeri yang dirasakan klien. Pemantauan kondisi secara berkala akan membantu perawat mengetahui kapan saja rasa nyeri yang klien rasakan sehingga bisa dilakukan pencegahan yang bisa meringankan rasa nyeri yang dialami serta tambahkan intervensi yaitu berikan teknik nonfarmakologis berupa teknik aromaterapi lavender dan anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Intervensi yang kedua dengan diagnosa **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang**. bertujuan, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, nyeri menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi yang ditegakan penulis antara lain : tinggikan tempat tidur bagian kepala hal ini dilakukan agar posisi berbaring klien nyaman (Dewi & Nyoman Ari Trisna, 2021). Motivasi melakukan ROM aktif dan pasif dilakukan untuk memotivasi klien melakukan pergerakan dan agar kekuatan otot kembali kuat (Daulay & Hidayah, 2021). Hindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri hal ini dilakukan agar skala nyeri klien tidak bertambah. Hindari posisi yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka agar luka klien tidak bertambah parah. Motivasi klien terlibat dalam perubahan posisi agar klien bersemangat merubah posisi yang bertujuan mempercepat masa

pemulihan serta menambahkan intervensi libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Daulay & Hidayah, 2021).

Intervensi yang ketiga dengan diagnosa **gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur**, sesudah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan keberhasilan rileks dapat meningkat, gelisah menurun, keluhan tidak nyaman menurun kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. Menurut PPNI (2018). Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Intervensi yang ditegakan oleh penulis diantaranya : mengidentifikasi masalah yang dialami, untuk mengetahui masalah apa yang sedang dihadapi klien yang menyebabkan kesulitan tidur. Intervensi kedua yaitu menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman, untuk menjaga lingkungan agar tetap nyaman untuk klien beristirahat. Intervensi yang ketiga adalah menganjurkan berdoa, berdzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama yang dianut, tujuannya adalah agar klien dapat lebih dekat kepada sang maha pencipta dan supaya jiwa dan raga nya tenang dan rileks serta menambahkan intervensi lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan serta jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

4. Implementasi

Tahapan yang keempat yaitu implementasi keperawatan, merupakan proses perencanaan tindakan yang berisi aktivitas yang akan dilakukan

perawat terhadap klien serta pencatatan tindakan yang telah dilakukan terhadap klien dan respon klien atas tindakan yang telah diberikan oleh perawat.

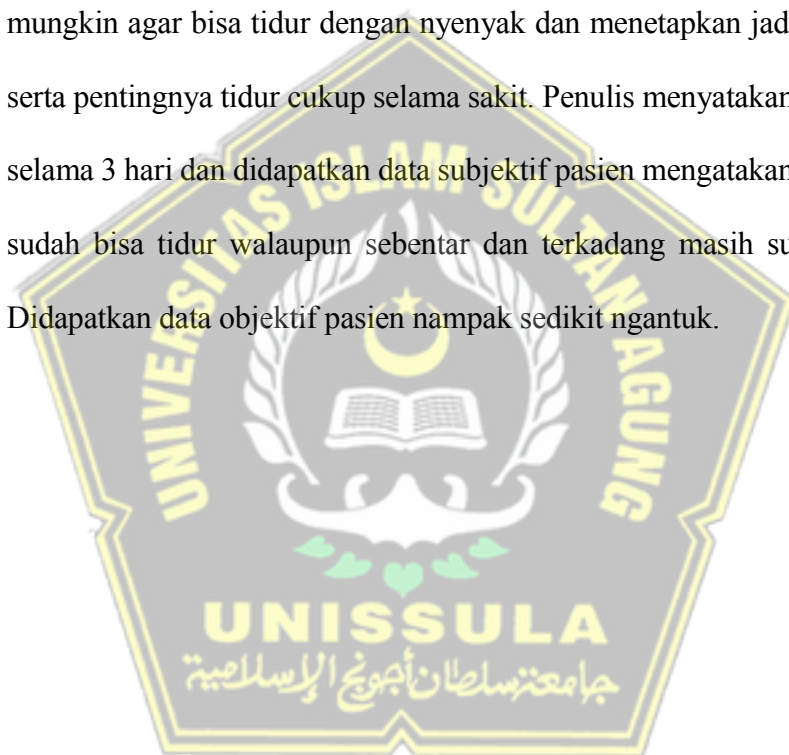
Pada diagnosa pertama **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**. Penulis melakukan implementasi pada tanggal 21-25 Februari 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka penulis memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan diperoleh data subjektif pasien Tn.I mengatakan nyeri pada bagian kaki kiri P : nyeri saat bergerak, Q : seperti ditusuktusuk, R : nyeri pada kaki bagian kiri, S : skala nyeri 7, T : hilang timbul sedangkan pasien Tn.A mengatakan nyeri dibagian kaki kiri P: nyeri saat beraktivitas, Q:seperti ditusuk- tusuk, R: kaki kiri, S: skala 6, T: terus menerus. Didapatkan hasil data nyeri berkurang selama 3 hari perawatan Tn.I dari skala 7 berkurang menjadi skala 3 dan Tn. A dari skala 6 berkurang menjadi skala 3 atau termasuk dalam kategori nyeri ringan. Kemudian penulis memberikan terapi nonfarmakologi dengan menyuruh pasien untuk terapi lavender supaya pasien merasa lebih tenang dan tidak khawatir akan penyakit dan nyeri yang dirasakannya. Dengan respon objektif pasien nampak rileks, tenang. aromaterapi lavender berbentuk minyak essensial cair yang diletakkan diatas bola kapas sebanyak 5 tetes dan dan diberikan dalam waktu 15 menit. Pemberian bola kapas kepada pasien dilakukan sebanyak dua kali, yaitu 3 tetes pada 10 menit pertama dan 2 tetes pada menit selanjutnya sehingga mencapai 15 menit. Pasien diminta untuk melakukan

nafas pelan dan dalam melalui hidung selama 4 detik sambil menutup mata, dan menahan inspirasi secara maksimal selama 3 detik, lalu dihembuskan melalui mulut yang dimonyongkan selama 5 detik.

Pada diagnosa yang kedua **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang**. Implementasi yang penulis lakukan yaitu : meninggikan tempat tidur bagian kepala, memotivasi melakukan ROM aktif dan pasif, menghindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan nyeri, menghindari menempatkan posisi yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka, memotivasi klien terlibat dalam perubahan posisi. Melakukan ROM aktif dan pasif merupakan tindakan yang sangat bermanfaat untuk dilakukan serta menghindari bahaya yang dapat terjadi seperti terhindar dari kemungkinan terjadinya gangguan fleksibilitas pada sendi setiap gerakan yang dilakukan dengan rentang yang penuh dapat mencegah keterbatasan dalam beraktivitas (Daulay & Hidayah, 2021). Selama tindakan keperawatan yang diaplikasikan terhadap klien, penulis mampu memotivasi klien untuk melakukan ROM aktif dan pasif diikuti dengan pernyataan bahwa klien bersedia untuk diajak bekerjasama demi mempercepat proses pemulihan.

Pada diagnosa yang ketiga **gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur**. Penulis melakukan implementasi pada tanggal 22-25 Februari 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka penulis memonitor TTV, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi pengganggu tidur, melaksanakan prosedur untuk

meningkatkan kenyamanan pasien, menetapkan jadwal rutin tidur, menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Diperoleh data subjektif pasien menyatakan susah untuk tidur serta sering terbangun sebab merasakan nyeri yang dideritanya. Didapatkan data objektif pasien gelisah, lesu, dan mengantuk. Kemudian penulis melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien seperti memposisikan pasien nyaman mungkin agar bisa tidur dengan nyenyak dan menetapkan jadwal rutin tidur serta pentingnya tidur cukup selama sakit. Penulis menyatakan implementasi selama 3 hari dan didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah merasa sudah bisa tidur walaupun sebentar dan terkadang masih suka terbangun. Didapatkan data objektif pasien nampak sedikit mengantuk.



5. Evaluasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan apapun dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Evaluasi pada diagnosa pertama dilaksanakan selama 3 hari yang dimulai pada tanggal 22-25 Februari 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan serta kriteria hasil yang belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sedikit teratasi dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis setelah memberikan terapi lavender selama 3 hari pada pasien dengan gangguan nyeri post fraktur di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang didapatkan hasil studi kasus pasien mengatakan nyerinya berkurang dan ditandai dengan keluhan nyeri yang diderita pasien Tn. I berkurang dari skala nyeri 7 turun menjadi skala nyeri 3 dan pasien TN. A dari skala 6 turun menjadi 3 oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan (PPNI, 2018).

penerapan aromaterapi lavender efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan fraktur femur post operasi . Hal ini menyatakan bahwa manajemen nyeri secara non-farmakologi berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri salah satunya dengan penerapan aromaterapi lavender pada pasien post operasi fraktur di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Pada diagnosa yang kedua **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)**. Dari hasil implementasi yang dilakukan selama tiga hari, berdasarkan data subjektif dan objektif untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, Proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama tiga hari masalah teratasi. Namun perlu diingat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dibutuhkan pendampingan dari perawat atau keluarga klien guna tercapainya keberhasilan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

Pada diagnosa yang ketiga **Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)**. Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada diagnosa ketiga, penulis melakukan selama 3 hari mulai tanggal 22-25 Februari 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal.

Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil sedikit tercapai, masalah sedikit teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil masalah teratasi sebagian serta harus mempertahankan intervensi.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus terkait implementasi pemberian aromaterapi lavender pada pasien post op fraktur femur di RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan selama 3 hari mengalami beberapa keterbatasan selama melaksanakan studi kasus, diantaranya :

1. Penulis tidak mengalami kesulitan dalam memberikan aromaterapi lavender pada pasien dikarenakan pada saat pemberian terapi pada hari pertama pasien tampak tenang dan kooperatif
2. Pelaksanaan implementasi di RSI Sultan Agung Semarang tidak tersedia adanya SOP tentang pemberian aromaterapi lavender, sehingga penulis menggunakan prosedur SOP yang ada di jurnal dan diperkuat oleh teori.
3. Tidak adanya dokumentasi berupa foto maupun video pada saat implementasi karena dari pihak keluarga tidak berkenan untuk didokumentasikan.
4. Dalam melakukan pemeriksaan fisik ada beberapa bentuk pemeriksaan yang tidak langsung dilakukan oleh penulis, sehingga penulis hanya bisa melihat dari catatan medis yang tersedia.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 21-25 Februari 2025 pada pasien gangguan nyeri post op fraktur femur di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang Jawa Tengah dengan memberikan terapi lavender untuk mengurangi nyeri yang dimulai dari pengkajian, Analisa data maupun perumusan masalah, menentukan intervensi, menentukan implementasi keperawatan serta evaluasi.

Dari hasil studi kasus ini, penulis dapat merumuskan kesimpulan sebagai berikut :

Menurut dari asuhan keperawatan yang telah penulis laksanakan diatas pada Tn. I dan Tn. A dengan Hipertensi selama 3x8 jam diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang meliputi :

1. Hasil pengkajian didapatkan data keluhan utama pasien yaitu mengalami nyeri dibagian kaki sebelah kiri.
2. Dari hasil analisa data didapati diagnose keperawatan yang diambil nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
3. Perencanaan yang dilakukan difokuskan pada nyeri akut b.d agen pencedera fisik yaitu mengajarkan teknik nonfarmakologi dengan terapi lavender untuk meredakan nyeri dan menenangkan pasien
4. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat, lebih memfokuskan pada aromaterapi lavender.

5. Evaluasi menunjukkan bahwa masalah nyeri teratasi sebagian dibuktikan dengan nyeri pasien lebih berkurang dari nyeri yang sedang menjadi nyeri yang ringan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan serta pengalaman dari penulis tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan penulis juga dapat berharap bahwa asuhan keperawatan tentang hipertensi dapat dikembangkan oleh penulis lainnya.

2. Bagi Perawat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai lahan dan bahan untuk pelaksanaan Pendidikan serta masukan dan perbandingan yang ada untuk karya tulis ilmiah yang lebih lanjut pada asuhan keperawatan dengan gangguan Fraktur Femur.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini akan memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan serta memberikan gambaran tentang bagaimana cara mengaplikasikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Femur, serta memberikan pelayanan yang lebih baik dan memuaskan terhadap pasien lainnya dan memperlihatkan bagaimana perkembangan klien yang jauh lebih baik.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebagai suatu bentuk media informasi tentang penyakit yang diderita oleh klien dan bagaimana cara penanganannya bagi klien dan keluarga baik di rumah maupun di rumah sakit. Yang paling utama dalam pemberian terapi lavender merupakan salah satu bentuk upaya dalam penurunan nyeri yang dirasakan oleh klien.



DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, I., Somanri, I., & Rizmadewi, H. (2024). Optimalisasi Intervensi Terapi Non-Farmakologis Pada Nyeri Akut Post Operasi Di Ruang Bimasakti RSUD Bandung Kiwari. *JINTAN: Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(1), 175–186. <https://doi.org/10.51771/jintan.v4i1.660>
- Ananda Muhamad Tri Utama. (2022).
- Anggeriyane, E., Arsilia, R., Zulfah, N. K., Amilin, N. A. R., Ananda, S., Syamsodinor, S., & Patmisari, B. (2024). The Studi Kasus: Pengaruh Pemberian Kompres Hangat terhadap Skor Barthel Index Lansia dengan Gangguan Rasa Nyaman. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.51143/jksi.v9i1.406>
- Asiva Noor Rachmayani. (2015).
- Comission, E. (2021).
- Dan, U., & Dengan, D. (2025). *Laporan Kasus Penatalaksanaan Multiple Chronic Conditions Mencakup Low Back Pain , Dislipidemia ,*. 9(April), 1212–1218.
- Daulay, N. M., & Hidayah, A. (2021). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.51933/health.v6i1.395>
- Dengan, D., Dan, C., & Latihan, T. (2024). 3.Bona+Medisa+(30-42). 3(2).
- Dewi, & Nyoman Ari Trisna, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Tn.Gs Yang Mengalami Open Fraktur Ribia Fibula Dextra 1/3 Proximal*.
- Indrawan, R. D., & Hikmawati, S. N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Post Op Orif Hari Ke-1 Akibat Fraktur Femur Sinistra 1/3 Proximal Compleate. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(10), 1345–1359. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i10.204>
- James W, D. (2021). Keterampilan Dalam Keperawatan. In *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology*.
- Jerliawanti Tuna, & Pipin Yunus. (2023). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin Di Ruangan IGD RSUD Prof. Dr. H. ALOEI SABOE. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 3(1), 37–59. <https://doi.org/10.55606/klinik.v3i1.2237>
- Khairunnisa, C. K., Rahayu, U., & Pratiwi, S. H. (2024). Aromaterapi Lavender

Untuk Mengatasi Nyeri Pada Pasien Dengan Post Operasi Open Fracture Calcaneus Sinistra: Studi Kasus. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(3), 1401–1408. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i3.2356>

Kuliah, M., K, P. D., Kep, S., & Kep, M. (2025). *Rencana Pembelajaran Semester (Rps) Kode Mk : Keterampilan Dasar Keperawatan Mata Kuliah : Pemenuhauhan Dasar Manusia Kode Mk Penyusun : Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Notokusumo Yogyakarta Visi Misi Program Studi Pedoman Berbudhi Peker.*

Kurnia, E., & Sholihah, A. N. (2025). *Pengaruh Relaksasi Pernafasan Terhadap Intesitas Nyeri Pada Persalinan Kala 1 Fase Aktif Di RS PKU Muhammadiyah Temanggung*. 2(3), 261–265.

Kurniawati, putri. (2021). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).

Kusuma, U., & Surakarta, H. (2024). 1) 2) 1). 16, 1–9.

Lumuan, A., Yulianti, S., & Tahir, S. (2024). Implementasi Pemberian Relaksasi Benson untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah Implementation of Benson Relaxation to Reduce Pain in Post-Operational Fracture Patients at Undata Hospital , Central S. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(5), 1682–1688. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i5.4376>

Mailani, F. (2024). Mengelola Nyeri: Panduan Komprehensif Dalam Asuhan Keperawatan. *Eureka Media Aksara*, 5–24.

Melati Ramadhani Nurul. (2022). Gambaran Angka Kejadian Dan Cedera Penyerta Pada Fraktur Femur Di RSUP Dr. M.Djamil Padang Periode Januari 2016-Desemeber 2020. *Kesehatan, fraktur*, 1–40.

Moewardi, R. (2024). *Gambaran Kualitas Tidur pada Pasien Post Operasi Fraktur*. 3, 1–12.

Permatasari, C., & Sari, I. Y. (2020). Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Rasa Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Sinistra : Studi Kasus Stikes Bethesda Yakkum Yogyakarta , Daerah Istimewa Yogyakarta , Indonesia Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM), Volume 2 Nomor 2 , November 2022 Jurnal Kepe. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 2(2), 216–220.

Pipit Muliyah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu, T. (2020). No Title No Title No Title. *Journal GEEJ*, 7(2).

Pokhrel, S. (2024). No TitleELENH. *Ayan*, 15(1), 37–48.

- PPNI, tim pokja. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI, tim pokja. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Putri, A. M., & Irdiyanti, S. M. (2023). Penerapan Aromaterapi Lavender Pada Pasien Post Operasi Appendiktomy Dengan Gangguan Pola Tidur. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 9(21), 1–7.
- Rachman, T., Rahmadian, R., & Rusjdi, S. R. (2023). Pola Penatalaksanaan Fraktur Femur Di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2020. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 4(2), 81–87. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v4i2.624>
- Rizqi Hardhanti. (2023). Implementasi Terapi Musik Dan Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Fraktur Post ORIF. *Informasi Dan Promosi Kesehatan*, 2(1), 43–51. <https://doi.org/10.58439/ipk.v2i1.91>
- Sembiring, T. E., & Rahmadhany, H. (2022). Karakteristik Penderita Fraktur Femur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Di Rsup Haji Adam Malik Medan Pada Tahun 2016-2018. *Ibnu Sina: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan - Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara*, 21(1), 123–128. <https://doi.org/10.30743/ibnusina.v21i1.244>
- Tn, P., Tahun, S. U., Keperawatan, M., Ruang, D. I., Rsup, C., Sadikin, H., & Kunci, K. (2022). *Pemberian Terapi Relaksasi Benson Dan Foot Massage Akut Dengan Diagnosa Medis Coronary Artery Disease*.
- Wahana, Y., Karya, B., & Keperawatan, P. D. (2023). *Penerapan aromaterapi lavender pada an.c dengan fraktur femur dalam nyeri akut di ruang pais lantai i rspad gatot soebroto karya tulis ilmiah*.
- Wantoro, G., Muniroh, M., & Kusuma, H. (2020). Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi Ambulasi Dini Post ORIF pada Pasien Fraktur Femur Study Retrospektif. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(2), 283. <https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.273>
- Zaman, B., Husna, N., Bukhari, Faizah, Munawwarah, K., Rabial, J., & Nurlaili. (2024). Sosialisasi dan Pelatihan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menggunakan Buku SDKI, SLKI dan SIKI. *Beujroh : Jurnal Pemberdayaan Dan Pengabdian Pada Masyarakat*, 2(1), 175–183. <https://doi.org/10.61579/beujroh.v2i1.72>