

**IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI BENSON PADA PASIEN
FRAKTUR FEMUR SINISTRA DIRUANG BAITUSSALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Nur Afipah

NIM.40902200043

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

**IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI BENSON PADA PASIEN
FRAKTUR FEMUR SINISTRA DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nur Afipah

NIM.40902200043

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

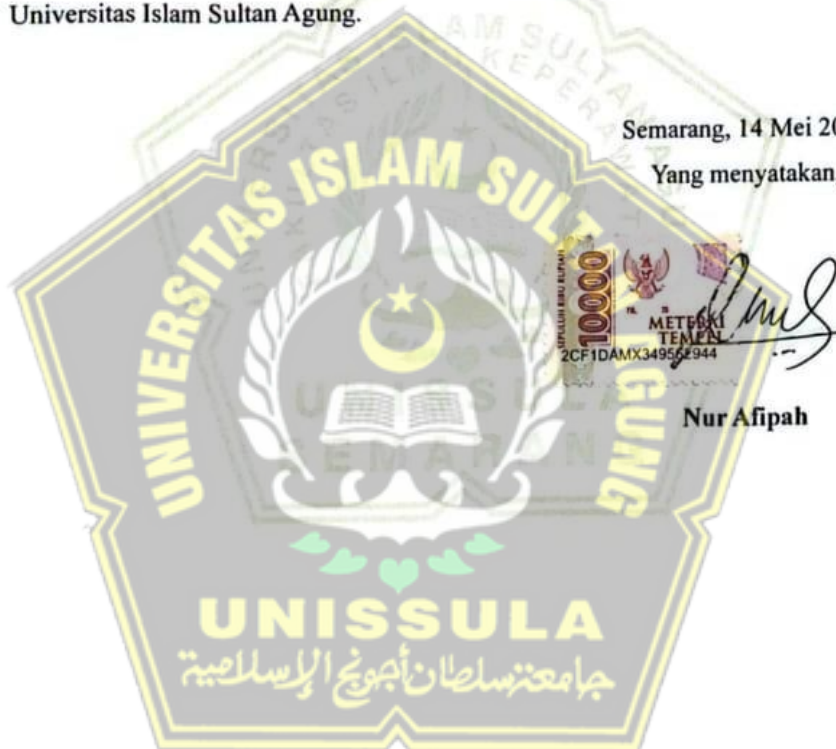
2025

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, 14 Mei 2025

Yang menyatakan,



Nur Afipah

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 : Rabu

Tanggal : 14 Mei 2025



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis, 15 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 15 Mei 2025

Penguji I



Dr. Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504

Penguji II



Dr. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep
NIDN. 06-1509-8802

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan




Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep
NIDN.06-2208-7403

UNISSULA

جامعة سلطان أبجوي الإسلامية

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
KARYA TULIS ILMIAH**

ABSTRAK

Nur Afipah

**IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI BENSON PADA PASIEN
FRAKTUR FEMUR SINISTRA DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

101 Halaman

Latar Belakang: *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) adalah pengobatan operatif untuk kondisi fraktur di mana perawatan bedah dilakukan dengan prinsip mengembalikan fraktur ke posisinya semula. Fraktur femur adalah diskontinuitas dari femoral shaft yang bisa terjadi akibat trauma secara langsung (kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian), dan biasanya lebih banyak dialami laki laki dewasa.. Fraktur femur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik. Insiden fraktur femur pada Wanita adalah fraktur terbanyak kedua (17,0 per 10.000 orang pertahun) dan nomer tujuh pada pria (5,3 perorang pertahun) Puncak distribusi usia pada fraktur femur adalah pada usia dewasa (15-34 tahun) dan orang tua (diatas 70 tahun) (Indrawan & Hikmawati, 2021). **Tujuan :** Mampu memahami lebih mendalam dalam bidang ilmu keperawatan dengan menerapkan Teknik non farmakologi dengan Teknik relaksasi benson pada pasien post orif untuk mengurangi nyeri secara berkala. **Metode :** penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah yaitu menggunakan metode deskriptif. **Hasil :** Setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi benson dengan durasi 15 menit dalam 3 hari, didapatkan hasil yaitu nyeri pasien berkurang dari skala nyeri 6 menjadi 2. **Kesimpulan :** Pemberian terapi relaksasi benson sangat efektif pada pasien post orif fraktur femur sinistra untuk menurunkan nyeri.

Kata Kunci : Fraktur femur, Nyeri, Terapi non farmakologi relaksasi benson.

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
NURSING DIII STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCES
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
SCIENTIFIC PAPER,**

ABSTRACT

Nur Afipah

**IMPLEMENTATION OF BENSON RELAXATION TECHNIQUE IN
PATIENTS WITH FEMUR SINISTRA FRACTURE IN THE
BAITUSSALAM 1 ROOM SULTAN AGUNG SEMARANG HOSPITAL**

101 pages

Background: *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) is an operative treatment for fracture conditions in which surgical treatment is carried out on the principle of returning the fracture to its original position. A femur fracture is a discontinuity of the femoral shaft that can occur as a result of direct trauma (a traffic accident or falling from a height), and is usually more experienced by adult males. Femur fractures can cause complications, long morbidity and disability if not treated properly. The incidence of femur fractures in women is the second highest number of fractures (17.0 per 10,000 people per year) and the seventh in men (5.3 per person per year). The peak age distribution in femur fractures is in adults (15-34 years) and the elderly (over 70 years) (Indrawan & Hikmawati, 2021). **Purpose:** Able to understand more deeply in the field of nursing science by applying non-pharmacological techniques with benzone relaxation techniques in post-orif patients to reduce pain periodically. **Method :** The writing used in scientific papers is using the descriptive method. **Result :** After administering the benzon relaxation technique with a duration of 15 minutes in 3 days, the results were obtained, namely the patient's pain reduced from a pain scale of 6 to 2. **Conclusion :** P benzon relaxation therapy is very effective in post-orif patients with femur sinistra fracture to reduce pain.

Keywords : Femur fracture, Pain, non-pharmacological therapy of benzon relaxation.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warohmatullahi wabarokatuh

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas nikmat sehat,limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Implementasi Teknik Relaksasi Benson Pada Pasien Fraktur Femur Sinistra Diruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menghadapi berbagai tantangan dan kesulitan. Namun, berkat dukungan, bantuan, dan bimbingan dari banyak pihak, hambatan tersebut berhasil diatasi sehingga laporan ini dapat diselesaikan tepat waktu. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa syukur dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof. Dr.H. Gunarto, SH.,M.Hum, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep.,M.Kep, Sp. Kep.An selaku Kaprodi D3 Keperawata Universitas Islam Sultan agung Semarang

5. Dr. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa memberikan bimbingan dan arahan tiada henti selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku penguji.
7. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu dan dukungan selama penulis menempuh studi.
8. Karya ilmiah ini saya persembahkan untuk kedua orang tua tercinta, ayah dan ibu, yang selalu memberikan dukungan moral dan material, serta doa yang tak pernah putus. Kepada ayah dan ibu serta keluarga yang sangat saya sayangi dan yang selalu memberi support system, cinta, kasih sayang dan pengorbanan yang telah diberikan hingga saya sampai dititik ini. Terimakasih kepada kedua saudara kandung yang telah menghibur, memberi dukungan dan semangat selama proses sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada seluruh teman D3 keperawatan angkatan 22 yang telah kebersamai selama proses studi.
10. Terimakasih untuk teman – teman yaitu Ika Amelia Salsabila, Maya Megyarani, Yumrotun Nikmah, Muazzaroh Lailiyah, Annisa Fatma Rasyidtha, Putri Sahila Sari, Rabbiana Iqlila Hasni dan semua teman – teman yang tidak bisa sebutkan satu persatu. Saya mengucapkan terimakasih kepada teman – teman seperjuangan yang selalu memberikan

semangat dan motivasi. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

11. Terimakasih untuk diri saya sendiri atas semangat dan kerja keras yang telah diberikan selalama proses peroses penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah senantiasa melimpahkan balasan yang berlipat kepada seluruh pihak yang telah dengan tulus memberikan bantuan dalam proses penulisan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis dengan terbuka menerima segala kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini ke depannya. Penulis menyerahkan hasil penulisan ini sepenuhnya kepada Allah SWT, seraya berharap semoga karya ini dapat memberikan manfaat, khususnya bagi penulis sendiri dan bagi kita semua.

Aamiin.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Semarang Mei 2025

Penulis,



Nur Afipah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan studi kasus	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
1. Masyarakat.....	5
2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan	5
3. Penulis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Penyakit.....	7
1. Definisi	7
2. Etiologi	8
3. Patofisiologi	8
4. Manifestasi klinis.....	9
5. Komplikasi.....	9
6. Tatalaksana Fraktur.....	10
7. Indikasi dan kontra indikasi dilakukan ORIF	11

8. Pathway	13
9. Pemeriksaan Penunjang	14
B. Konsep Dasar Keperawatan	15
1. Pengkajian	15
2. Data Penunjang	16
3. Diagnosis	16
4. Intervensi	17
5. Implementasi Keperawatan	17
6. Evaluasi Keperawatan	19
C. Tindakan Keperawatan Manajemen Nyeri (Relaksasi Benson)	21
1. Pengertian	21
2. Indikasi dan Kontra indikasi	21
a. Indikasi	21
b. Kontraindikasi	21
3. Prosedure Keperawatan	21
a. Peralatan dan Bahan	21
1. Kursi/tempat Tidur	21
2. Bantal /Sandaran	21
3. Lingkungan yang nyaman	21
4. Jam/stopwatch	21
b. Tahap Pra Interaksi	22
1. Mengecek program terapi	22
2. Mencuci tangan	22
3. Mengidentifikasi Pasien dengan benar	22
4. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien	22
c. Tahap Orientasi	22
1. Mengucapkan salam, menyapa pasien, memperkenalkan diri.	22
2. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan	22
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	22
4. Menanyakan kesiapan dan meminta Kerjasama pasien	22
d. Tahap Kerja	22
e. Tanda – tanda klien rileks	23
BAB III METODE PENULISAN	25

A. Rancangan Study Kasus	25
B. Subjek Study Kasus	25
C. Definisi Operasional	25
D. Lokasi dan Waktu Study Kasus	26
E. Instrumen Pengumpulan Data	26
1. Prosedure Administratif	26
2. Prosedure Teknis	27
F. Metode Pengumpulan Data	28
1. Wawancara	28
2. Observasi	28
3. Skala Penilaian Nyeri	28
G. Penyajian Data	29
H. Etika Study Kasus	29
1. Penerapan nilai dalam etika keperawatan	29
2. Penerapan Norma dalam Etika Keperawatan	30
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	32
A. Hasil Studi Kasus	32
1. Pengkajian Keperawatan (Pasien 1 Tn.A)	33
2. Pola Kesehatan fungsional (data fokus)	34
3. Pemeriksaan Fisik	37
4. Data Penunjang	40
5. Analisa Data	41
6. Implementasi Keperawatan	43
7. Evaluasi Keperawatan	47
8. Analisa Data	58
9. Diagnosis Keperawatan	59
10. Intervensi	59
11. Implementasi	60
12. Evaluasi	64
B. Pembahasan	67
1. Pengkajian	67
2. Diagnosis	69
3. Intervensi	70

4. Implementasi	72
5. Evaluasi	76
C. Keterbatasan	78
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN	85



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathway	13
---------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan keperawatan (Askep)

Lampiran 2. Lembar konsultasi bimbingan KTI



PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah pengobatan operasi mengembalikan fraktur ke posisi semula. Fiksasi fraktur ORIF mengurangi morbiditas tulang. Hal ini mengoptimalkan vaskularisasi, mempercepat penyembuhan tulang dan jaringan (Claes dalam Latifah, 2023). Perawatan ditunjukkan untuk mengembalikan fungsi dan mengurangi biaya (Sumarno & Abirama, 2025). Kerusakan dan pelemahan tulang akibat trauma memicu fraktur. Kondisi tulang memicu kekuatan fisik, dan jaringan lunak disekitar tulang menentukan penyelesaian fraktur (Handinata dkk., 2024).

Trauma Langsung (kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian) dapat menyebabkan fraktur femur, yang lebih sering terjadi pada pria dewasa. Fraktur di lokasi ini dapat menyebabkan syok dan perdarahan hebat. Kegagalan dalam menangani fraktur femur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas jangka panjang, dan disabilitas. Fraktur femur merupakan urutan kedua paling umum pada wanita (7.0 per 10.000) dan kesembilan pada pria (5.3 per 10.000). Dewasa (15-34 tahun dan lansia (70+ tahun) memiliki risiko fraktur femur tertinggi. Operasi ORIF menggunakan fiksasi internal untuk memposisikan potongan fraktur. Fiksasi internal meliputi kawat, sekrup, pin, pelat, batang intramedula, dan paku. Pelat terbuat dari lembaran baja tahan karat titanium, sedangkan sekrup terbuat dari baja tahan karat yang menyambungkan pelat ke tulang yang patah untuk mencegah perpindahan dan mempertahankan posisi anatomisnya (Hartati Rasmauli, 2022).

Menurut WHO, insiden fraktur meningkat, dengan 13 juta kasus fraktur dan prevalensi 2,7% pada tahun 2020. Sekitar 15 juta kasus fraktur terjadi pada tahun 2019, dengan frekuensi 3,2%, Kecelakaan lalu lintas menyebabkan 21 juta kasus fraktur pada tahun 2018, dengan prevalensi 3,8%

Data Indonesia menunjukkan 1.775 (3,8%) patah tulang dari 14.127 kasus trauma tajam atau tumpul, termasuk 236 (1,7%) patah tulang. Provinsi Lampung memiliki 1,6% kasus cedera akibat kecelakaan (Handinata et al 2024)

Tanpa penanganan segera ,patah tulang dapat menyebabkan cedera saraf ,kerusakan pembuluh darah, masalah tulang, dan emboli tulang.ketidaknyamanan dan pendarahan yang mengganggu juga merupakan resiko (Nurhayati dkk., 2022).Nyeri meningkatkan pernapasan cepat ,detak jantung,tekanan darah, dan hormon stres ,yang memperlambat penyembuhan dan mengganggu fungsi imunologis.Nyeri dapat menimbulkan kekhawatiran ,ketegangan,gangguan tidur dan teror.Manajemen nyeri dapat dilakukan secara farmakologis atau non-farmakologis .Menggabungkan kedua metode ini dapat mengurangi nyeri dengan baik.Pendekatan relaksasi non – farmakologis meminimalkan ketegangan otot yang disebabkan oleh nyeri.Contoh : Teknik Relaksasi Benson.2020 (Permatasari, Sari)

Teknik relaksasi benson menggabungkan pernapasan dalam dengan keyakinan pasien.Morita (2020) menyatakan bahwa teknik relaksasi benson menyalurkan nyeri ke dalam suasana damai dan tubuh yang rileks.Teknik relaksasi benson membantu menurunkan kecemasan dan stres pada pasien operasi caesar dan pasien pasca operasi patah tulang (Nurhayati dkk., 2022).Obat ini menghambat aktivasi saraf simpatis , yang dapat menyebabkan penurunan konsumsi oksigen dan relaksasi otot , sehingga pasien fraktur merasa nyaman.Nyeri dapat dikurangi dengan mengurangi aktifitas saraf simpatis (Nurhayati dkk ., 2022).Pasien mengalami fraktur femur kiri setelah jatuh dari mobil.Ia menjalani operasi ORIF di UGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung diSemarang setelah dibawa ke sana.

Berdasarkan pasien yang dilakukan penerapan teknik relaksasi benson maka penulis menyimpulkan pentingnya mengelola pasien post ORIF

dikarnakan untuk menegakan dasar penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “ *Implementasi teknik relaksasi nafas benson pada pasien fraktur femur sinistra diruang baitussalam I RSI Sultan Agung Semarang*”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah pada latar belakang yang telah dijelaskan di atas, maka penulis merumuskan masalah pada studi kasus ini yaitu “ Bagaimana cara implementasi pemberian teknik relaksasi nafas benson agar dapat mengatasi nyeri akut pada pasien fraktur femur sinistra post orif ?

C. Tujuan studi kasus

1. Tujuan Umum

Mampu menjelaskan asuhan keperawatan dengan pemberian teknik relaksasi benson untuk mengatasi nyeri akut pada pasien fraktur femur sinistra post ORIF.



2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar fraktur femur yang meliputi pengertian, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi dan penatalaksanaan patah tulang pasca orifisial.
- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien fraktur meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, dan intervensi keperawatan.
- c. Mampu menjelaskan dan menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur sinistra yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi Kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Masyarakat

Dapat memperluas tingkat pengetahuan masyarakat terkait penerapan teknik non farmakologi dengan teknik relaksasi benson untuk mengurangi nyeri.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambah wawasan ilmu dan teknologi terapan di bidang keperawatan dalam prosedur mengurangi nyeri dengan teknik non farmakologi menggunakan teknik relaksasi benson.

3. Penulis

Mampu memahami lebih mendalam dalam bidang ilmu keperawatan dengan menerapkan teknik non farmakologi dengan teknik relaksasi benson pada pasien post orif untuk mengurangi nyeri secara berkala.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah pengobatan operatif untuk kondisi fraktur di mana perawatan bedah dilakukan dengan prinsip mengembalikan fraktur ke posisinya semula. Fiksasi fraktur yang diterapkan oleh ORIF meminimalkan pergerakan tulang yang rusak. Hal ini menciptakan kondisi yang optimal untuk mempercepat vaskularisasi sehingga mempercepat pemulihan tulang dan jaringan di sekitarnya (Claes dalam Latifah, 2023). Fraktur merupakan ancaman, baik yang bersifat potensial maupun aktual, terhadap integritas tulang dan biasanya terjadi akibat trauma atau kekuatan fisik. Besarnya kekuatan dan sudut dari tenaga yang diterima, serta kondisi tulang dan jaringan lunak yang mengelilinginya, akan mempengaruhi apakah fraktur yang terjadi di sekitar tulang tersebut bersifat lengkap atau tidak lengkap. (Ramadhanti *et al.*, 2023)

Fraktur femur adalah keadaan di mana kontinuitas tulang paha hilang, yang bisa terjadi dalam bentuk fraktur terbuka maupun tertutup. Penyebab fraktur ini antara lain adalah benturan dengan kecepatan tinggi, kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, atau cedera yang dialami saat berolahraga ekstrem (Nur Hidayat *et al.*, 2022). Fraktur dapat menimbulkan berbagai masalah jika tidak ditangani dengan cepat, seperti

cedera pada saraf, kerusakan pembuluh darah, komplikasi pada tulang, serta risiko emboli tulang. Selain itu, beberapa masalah yang mungkin muncul termasuk rasa nyeri yang mengganggu dan perdarahan (Nurhayati *et al.*, 2022)

Menurut teori yang terdapat di buku SDKI (2017) Nyeri akut terjadi akibat kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Etiologi

Tindakan post ORIF pada fraktur disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Prosedur fraktur pasaca – ORIF mencakup fraktur terbuka dan tertutup. Fraktur terbuka menyebabkan hilangnya jaringan atau tulang yang sesius, kerusakan pembuluh darah, dan kerusakan saraf. Fraktur tertutup memiliki kulit yang utuh dan tidak terhubung dengan dunia luar. Menurut (Rustikarini dkk., 2023) penyebab terjadinya fraktur meliputi trauma langsung, yaitu benturan langsung pada tulang yang mengakibatkan fraktur, trauma tidak langsung, yang tidak terjadi di lokasi benturan tetapi di area lain, karena trauma diteruskan melalui sumbu tulang ke lokasi tersebut.

3. Patofisiologi

Kondisi patologis dapat timbul akibat penyakit pada tulang, seperti degenerasi atau kanker tulang. Fraktur dikelompokkan menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur terbuka adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Fraktur tertutup adalah patah tulang yang tidak

mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. (Sulistyaningsih dalam Rustikarini *et al.*, 2023)

4. Manifestasi klinis

Menurut Indrawan & Hikmawati (2021), ada beberapa gejala yang muncul pada penyakit ini, antara lain:

- a. Nyeri yang terus-menerus dan semakin berat hingga fragmen tulang harus diimobilisasi.
- b. Deformitas atau perubahan bentuk.
- c. Pemendekan pada ekstremitas.
- d. Perubahan warna.
- e. Hilangnya fungsi tulang.
- f. Krepitus.
- g. Pembengkakan di area lokal.

5. Komplikasi

Kegagalan dalam menangani fraktur femur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas jangka panjang, dan disabilitas. Fraktur femur menempati urutan kedua paling umum pada wanita (17,0 per 10.000 orang per tahun), dan ketujuh pada pria (5,3 per 10.000 orang per tahun). Dewasa muda (15 – 34 tahun) dan lansia (70 tahun ke atas) memiliki tingkat fraktur femur tertinggi. (indrawan & hikmawati, 2021)

Komplikasi fraktur pasca ORIF nyeri merupakan keluhan yang paling umum setelah prosedur ORIF, dengan rasa sakit yang sangat intens dirasakan dalam beberapa hari pertama.

- a. Prosedur ORIF berpotensi membatasi mobilitas.
- b. Kelelahan muskuloskeletal dapat menyebabkan ketidaknyamanan otot, nyeri sendi, sakit kepala , dan kelemahan.
- c. Ukuran , bentuk , dan fungsi tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh

lainnya ,sehingga membatasi pergerakan,aktivitas, dan penampilan.

(Rustikarini *et al.*, 2023)

6. Tatalaksana Fraktur

Berbagai metode penanganan definitif fraktur dapat dilakukan, diantaranya non-operatif hingga prosedur bedah. Tindakan operatif bisa meliputi pemasangan fiksasi internal dan fiksasi eksternal. Penting untuk memahami indikasi dan kontraindikasi dalam memilih penanganan fraktur, karena tidak selalu terdapat kesepakatan di antara para ahli mengenai terapi yang tepat untuk setiap kasus fraktur. Pemilihan metode definitif juga harus disesuaikan dengan kemampuan fasilitas rumah sakit.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia , 2019)



- a. Reduksi yaitu dengan cara fragmen tulang yang patah dikembalikan ke posisi anatomis yang benar.
- b. Fiksasi yaitu dengan cara fragmen tulang difiksasi dengan implan internal seperti pelat, sekrup, paku, atau kawat.
- c. Penutupan luka sayatan ditutup dengan jahitan atau staples, dan luka operasi dibalut.

7. Indikasi dan kontra indikasi dilakukan ORIF

ORIF sering direkomendasikan untuk patah tulang yang tidak dapat diobati secara efektif dengan metode non-bedah seperti pengecoran atau belat.

a. Indikasi umum untuk ORIF meliputi:

1) Fraktur kompleks

Fraktur dengan banyak fragmen tulang, perpindahan, atau fragmentasi mungkin memerlukan intervensi bedah.

2) Fraktur intra-artikular

Fraktur yang mengenai permukaan artikular mungkin perlu dilakukan penataan kembali untuk mencegah disfungsi sendi dan artritis pasca trauma.

3) Fraktur Patologis

Fraktur yang terjadi karena melemahnya tulang akibat penyakit yang mendasari seperti osteoporosis atau tumor mungkin memerlukan ORIF untuk stabilisasi.

4) Fraktur Terbuka

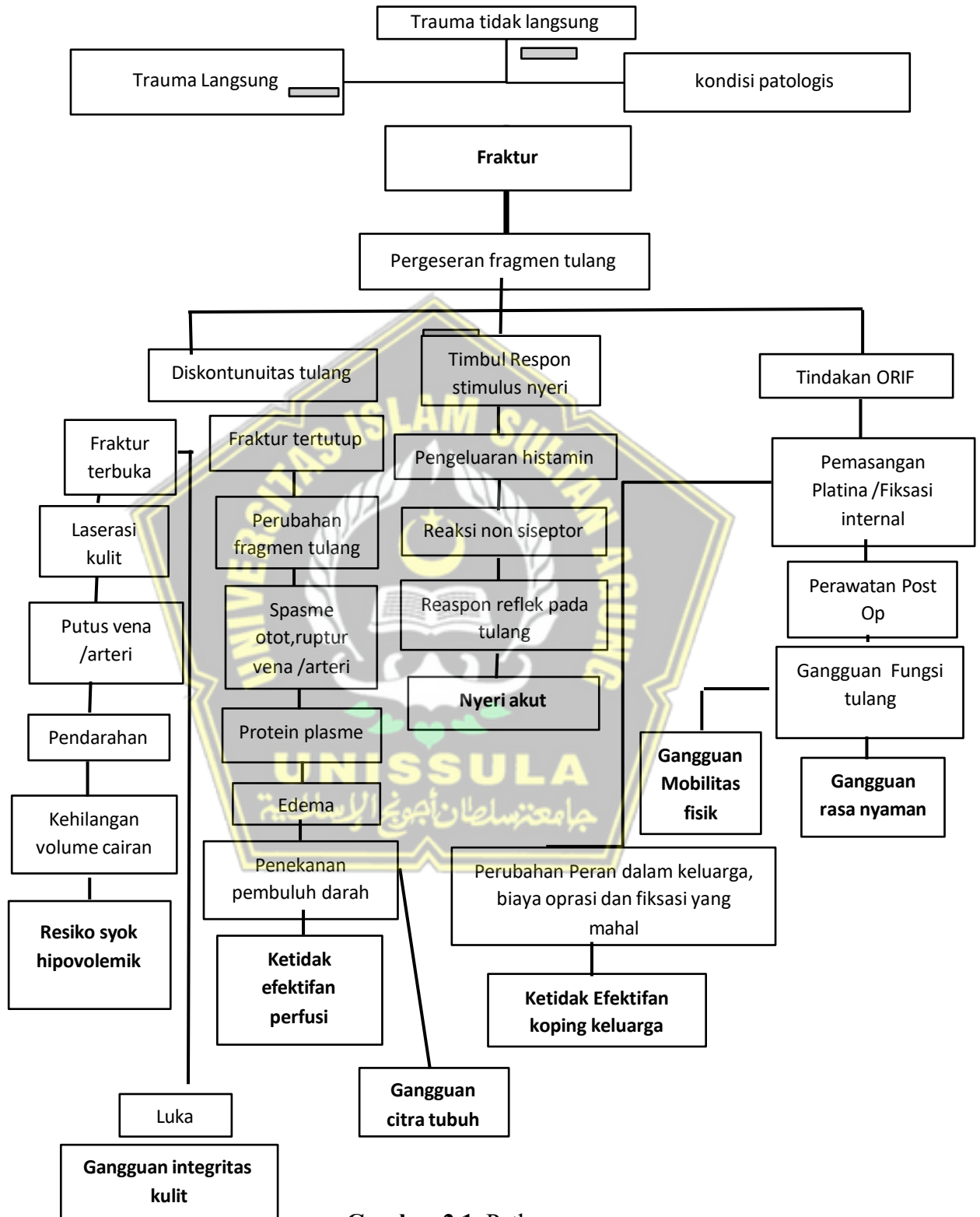
Fraktur yang tulangnya menembus ulit memiliki risiko infeksi yang tinggi dan memerlukan perawatan bedah segera untuk mencegah komplikasi.

b. Kontraindikasi ORIF

Fraktur kominutif yang parah menghambat rekonstruksi, terutama pada pasien yang tidak sadarkan diri, mengalami nonunion, atau dalam kondisi lemah.



8. Pathway



Gambar 2.1. Pathway
(Nur Hidayat *et al.*, 2022)

9. Pemeriksaan Penunjang

Belleza (dalam kumala ,2023) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosa fraktur femur meliputi :

- a. Sinar -X menemukan dan menilai fraktur.
- b. Pemindaian tulang, tomografi,CT scan, atau MRI memvisualisasikan fraktur,perdarahan, dan kerusakan jaringan serta membedakan fraktur akibat trauma dari neoplasma tulang.
- c. Jika di duga ada cedera pembuluh darah, artireogram dilakukan.
- d. Hitung darah lengkap.Peningkatan atau penurunan hematokrit (hemokonsentrasi) menunjukan adanya perdarahan pada lokasi fraktur atau organ.Jumlah seldarah putih (WBC) meningkat setelah trauma atau fraktur,menu jukan respons stres yang tepat.
- e. Kliren kreatinin urin (Cr) menentukan apakah trauma atau fraktur meningkatkan Cr ginjal.
- f. Profil koagulasi mengukur perubahan kehilangan darah.
- g. Kesulitan tidur akibat faktor lingkungan

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam memberikan asuhan keperawatan, yang melibatkan metode pengumpulan informasi atau data yang diperlukan untuk menentukan langkah selanjutnya. Proses ini mencakup:

a. Anamnesis

Menurut Purwanti & Susanti (2022), pengumpulan data pada pasien dengan gangguan muskuloskeletal adalah aspek yang sangat penting dalam pelaksanaannya:

- 1) Biodata pasien dan keluarganya
- 2) Keluhan utama
- 3) Riwayat kesehatan pasien dan keluarganya

b. Pemeriksaan fisik (dari kepala hingga kaki):

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital
- 2) Inspeksi
- 3) Palpasi

4) Pemeriksaan gerakan:

- a) Gerakan aktif
- b) Gerakan pasif
- c) Gerakan isometrik melawan tahanan
- d) Pemeriksaan kognitif, intrapersonal, dan interpersonal.

c. Pemeriksaan kemampuan fungsional dan lingkungan aktivitas:

- 1) Pemeriksaan nyeri
- 2) Pemeriksaan antropometri
- 3) Pemeriksaan kekuatan otot (Firmansyah, 2020).

2. Data Penunjang

Data pendukung yang digunakan untuk mengonfirmasi posisi patahan yang telah diperbaiki pada fraktur dapat memanfaatkan foto polos X-ray. Pemeriksaan tambahan, seperti CT-scan dan MRI, digunakan untuk menganalisis komponen lainnya (Prof. Dr. dr. Moh Hidayat, 2021).

3. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, dan komunitas pada masalah kesehatan pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Penegakan diagnosis keperawatan yang sesuai standar bahasa keperawatan masih merupakan masalah di dalam dokumentasi keperawatan.(Jesika, 2023)

Dalam studi kasus ini, diagnosis yang muncul pada pasien fraktur antara lain:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

4. Intervensi

Perencanaan keperawatan merupakan tindakan yang harus dilakukan oleh perawat untuk mencapai tujuan dengan hasil yang diharapkan. Dalam menentukan intervensi diperlukan data-data yang relevan dengan menggunakan data subjektif dan objektif, penegakan dalam membuat intervensi ini menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sehingga dapat disesuaikan dengan kebutuhan keperawatan.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan menerapkan strategi keperawatan (tindakan keperawatan) dari rencana tindakan keperawatan merupakan langkah ke empat ,implementasi melibatkan perawat yang melaksanakan tindakan yang direncanakan pada tahap intervensi sebelumnya. Intervensi keperawatan memerlukan tindakan keperawatan tertentu , yang di implementasikan intervensi yang direncanakan pada tahap perencanaan dan mendokumentasikan aktivitas keperawatan serta respon klien. Proses implementasi meliputi :

a. Kriteria struktur:

- 1) Tersedianya sumber daya untuk implementasi
- 2) Ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan
- 3) Adanya mekanisme untuk mengevaluasi dan merevisi tenaga kesehatan secara berkala
- 4) Tersedianya pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis bagi tenaga keperawatan.
- 5) Adanya system konsultasi kesehatan keperawatan

b. Kriteria proses:

- 1) Perawat bekerja sama dengan klien selama proses tindakan keperawatan.
- 2) Perawat berkolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya untuk meningkatkan status kesehatan klien.
- 3) Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan.
- 4) Perawat melakukan supervisi terhadap tenaga keperawatan di bawah wewenang mereka.
- 5) Perawat berperan sebagai koordinator dan advokat bagi klien untuk mencapai tujuan.
- 6) Perawat wajib memberikan informasi kepada klien dan keluarga mengenai ruangan dan fasilitas yang digunakan.
- 7) Perawat berkewajiban untuk memberikan edukasi tentang kesehatan kepada klien dan keluarga.

- 8) Perawat melakukan evaluasi terhadap pasien yang dikelola serta merevisi tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

c. Kriteria Hasil

- 1) Dalam tindakan keperawatan dan respon klien, dilakukan pendokumentasian secara sistematis.
- 2) Klien menunjukkan kooperatif dan menerima tindakan asuhan keperawatan.
- 3) Terdapat bukti yang terukur mengenai pencapaian tujuan asuhan keperawatan. (Siregar, 2020)

6. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi. Evaluasi memungkinkan perawat untuk mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan telah mencapai tujuan. Dibawah ini merupakan jenis-jenis evaluasi yang dapat dijadikan pedoman dalam menilai sejauh mana keberhasilan diagnosa keperawatan yang telah dilakukan (Ns. Mersi Ekaputri, S.Kep. *et al.*, 2024)

- a. Evaluasi formatif (evaluasi proses) Evaluasi formatif berfokus pada proses dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas tindakan tersebut. Proses evaluasi formatif harus dilakukan secepat mungkin setelah perencanaan dan berlanjut hingga tujuan keperawatan tercapai. Dalam evaluasi ini, perawat juga dapat

menganalisis respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan .

b. Evaluasi sumatif (evaluasi hasil)

Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua aktivitas keperawatan selesai. Tujuannya adalah untuk menilai dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan dalam evaluasi ini termasuk wawancara di akhir layanan, menanyakan tanggapan pasien dan keluarga tentang layanan keperawatan, serta mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Evaluasi sumatif berguna untuk menentukan apakah perawatan telah berhasil mencapai hasil yang diharapkan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi terkait pencapaian tujuan keperawatan:

- 1) Tujuan tercapai dapat dilihat apabila pasien mengalami peningkatan status kesehatan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan.
- 2) Tujuan tidak tercapai apabila pasien tidak mengalami peningkatan status kesehatan atau tidak memperlihatkan kemajuan sama sekali dan muncul masalah baru selama proses perawatan. Perawat perlu mengambil langkah konkrit untuk mengkaji lebih mendalam dan evaluasi kembali apakah implementasi, diagnosa, serta kriteria hasil sudah sesuai dengan penyakit yang dialami oleh pasien sehingga dapat meningkatkan status Kesehatan pasien.

C. Tindakan Keperawatan Manajemen Nyeri (Relaksasi Benson)

1. Pengertian

Benson memperkenalkan teknik respon relaksasi sebagai metode pengobatan untuk mengatasi nyeri, insomnia, dan kecemasan. Pengobatan ini termasuk dalam kategori pengobatan spiritual. Teknik ini sangat fleksibel, dapat dilakukan dengan bimbingan seorang mentor, baik secara individu maupun kelompok. Metode ini bertujuan untuk memusatkan perhatian pada satu fokus dengan mengulang kalimat ritual, sekaligus menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu. (Ns.Mohamad Arifin Noor , S.Kep, 2024)

2. Indikasi dan Kontra indikasi

a. Indikasi

Indikasi penggunaan relaksasi benson mencakup stres, nyeri, insomnia, hipertensi, dan kecemasan.

b. Kontraindikasi

Kontraindikasi meliputi gangguan fungsi pernapasan, kondisi pascaoperasi pada dada dan perut, sesak napas, serta fraktur costa.

3. Prosedure Keperawatan

a. Peralatan dan Bahan

1. Kursi/tempat Tidur
2. Bantal /Sandaran
3. Lingkungan yang nyaman
4. Jam/stopwatch

b. Tahap Pra Interaksi

1. Mengecek program terapi
2. Mencuci tangan
3. Mengidentifikasi Pasien dengan benar
4. Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien

c. Tahap Orientasi

1. Mengucapkan salam, menyapa pasien, memperkenalkan diri.
2. Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan
4. Menanyakan kesiapan dan meminta Kerjasama pasien

d. Tahap Kerja

1. Menjaga privasi.
2. Mengajak pasien untuk membaca Basmalah dan berdoa.
3. Posisikan tubuh dengan nyaman, baik berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut, atau duduk di kursi dengan kepala ditopang; hindari posisi berdiri.
4. Lepaskan aksesoris seperti kacamata, jam, dan sepatu.
5. Longgarkan ikatan pada dasi, ikat pinggang, atau benda lain yang mengikat.
6. Pejamkan mata perlahan tanpa memaksakan, agar tidak ada ketegangan pada otot sekitar mata.
7. Kendurkan otot-otot sebisa mungkin, dimulai dari kaki, betis, paha, perut, hingga seluruh otot tubuh. Relaksasikan kepala, leher, dan

pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak secara perlahan. Rentangkan tangan dan lengan, biarkan terkulai di samping badan, dan usahakan tetap rileks.

8. Mulailah bernapas perlahan dan alami, sambil mengucapkan dalam hati frase atau kata sesuai keyakinan. Anjurkan klien untuk bernapas pelan, tarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik, kemudian hembuskan melalui mulut sambil mengucapkan "Astaghfirullah" (atau sesuai keyakinan). Tenangkan pikiran, lalu lanjutkan dengan menghembuskan napas dalam sambil mengucapkan "Alhamdulillah" dan "Allahu akbar" (atau sesuai keyakinan). Lakukan ini selama 15 menit, dengan kalimat tauhid yang sesuai agama masing-masing. Sikap ini menciptakan keadaan pasif yang diperlukan untuk relaksasi, yang akan menghasilkan ketenangan. Lanjutkan selama 15 menit. Anda boleh membuka mata untuk melihat waktu, tetapi jangan menggunakan alarm. Jika Setelah selesai, tetaplah berbaring dengan tenang selama beberapa menit, mulailah dengan mata terpejam dan kemudian buka mata. Latihan ini sebaiknya dilakukan sekali sehari selama 15-20 menit setelah makan.

e. Tanda – tanda klien rileks

1. Otot lemas
2. Suara pelan

3. Jika tangan diangkat dan dijatuhkan tanpa tahanan (terjatuh seperti kain basah)
4. Setelah membuka mata tampak sclera merah
5. Pada beberapa orang terlihat bola mata bergerak ke kiri dan kanan atau kelopak mata bergetar.



BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Study Kasus

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif dengan fokus pada studi kasus untuk menganalisis masalah perawatan pasien yang mengalami patah tulang femur kiri di Ruang Baissalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan keperawatan, yang mencakup pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

B. Subjek Study Kasus

Subjek penelitian dalam studi kasus ini adalah "Implementasi Teknik Relaksasi Benson Pada Pasien Fraktur Femur Sinistra untuk Mengatasi Nyeri Akut Post ORIF pada Tn. I di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang."

C. Definisi Operasional

1. Nyeri akut adalah kondisi yang muncul akibat kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional, dengan tingkat intensitas dari ringan hingga berat, dan berlangsung kurang dari 3 bulan.(SDKI ,2017)
2. Teknik relaksasi Benson adalah pengembangan dari teknik relaksasi pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan pasien. Teknik ini dapat membantu mengalihkan rasa nyeri yang dialami pasien melalui penciptaan lingkungan yang tenang dan tubuh yang rileks (Permatasari & Sari, 2020)

D. Lokasi dan Waktu Study Kasus

Pengambilan studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang beralamat di Jalan Kaligawe No. Km 4, Terboyo Kulon, Kec. Genuk, Kota Semarang, Jawa Tengah. Studi kasus ini dilaksanakan di ruang baitussalam 1 pada hari kamis , 20 Februari 2025. Dimulai sejak pasien pertama kali masuk ke ruang baitussalam 1 hingga hari ketiga.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam studi kasus yang dilakukan oleh penulis untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dilakukan sebagai berikut:

1. Prosedure Administratif

- a. Penulis menulis surat permohonan izin praktik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada bagian Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit Sultan Agung Semarang. Jenis penelitian ini digambarkan sebagai studi kasus yang menyelidiki masalah perawatan pasien dengan patah tulang femur kiri di Ruang Baitussalam 1 RS Islam Semarang.
- b. Setelah mendapatkan izin dari Bagian Pendidikan dan Pelatihan RS Islam Sultan Agung Semarang, penulis bertemu dengan kepala Ruang Baitussalam 1 untuk mengajukan permohonan studi kasus selama 3 hari.
- c. Setelah memperoleh izin dari pihak yang bertanggung jawab di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang,

penulis memilih pasien berdasarkan kriteria karakteristik responden, yaitu pasien dewasa dengan usia tertentu yang mengalami fraktur femur kiri dan merasakan nyeri akut saat dirawat di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Prosedure Teknis

a. Tahapan Persiapan

Penulis melakukan persiapan dengan memastikan bahwa semua alat telah siap dan intervensi yang akan digunakan dalam pengambilan data studi kasus sudah disusun sebelum bertemu dengan responden.

b. Tahap Pelaksanaan

1) Penulis menjelaskan tujuan studi kasus dan meminta izin kepada pasien serta keluarga untuk menjadikan pasien sebagai subjek/responden. Penulis akan menerapkan asuhan keperawatan selama 3 hari, dari tanggal 20 februari hingga 25 Februari 2025, sambil mengevaluasi respon pasien. Pasien dan keluarga memiliki hak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan mengisi lembar informed consent yang telah disiapkan.

2) Jika pasien dan keluarga setuju untuk menjadi responden, penulis dapat melanjutkan proses pengumpulan data melalui metode wawancara dan observasi langsung terhadap pasien dan keluarga.

3) Setelah melakukan pengkajian terhadap pasien dan keluarga, penulis akan menyepakati waktu, tempat, dan persetujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan.

- 4) Penulis akan melakukan intervensi kepada responden sesuai dengan prosedur teknik relaksasi Benson.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan melalui metode wawancara, di mana data dikumpulkan secara lisan dari responden dengan adanya interaksi timbal balik. Proses ini dilakukan secara langsung, misalnya saat melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga, serta pemeriksaan fisik dan mental.

2. Observasi

Pengumpulan data dengan metode observasi dilakukan dengan cara mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang diterima.

3. Skala Penilaian Nyeri

Pengukuran skala nyeri dilakukan menggunakan angka 0-10:

- a. Angka 0 : tidak nyeri
- b. Angka 1-4: nyeri ringan
- c. Angka 5-7: nyeri sedang
- d. Angka 8-10: nyeri berat

G. Penyajian Data

Dalam studi kasus ini, penulis menyajikan data dalam bentuk narasi yang dilengkapi dengan dokumentasi selama proses asuhan keperawatan kepada responden sebagai data pendukung.

H. Etika Study Kasus

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan profesional bagian integral dari pelayanan yang didasarkan ilmu dan keperawatan kepada individu, kelompok, atau masyarakat dalam keadaan sehat maupun sakit (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014). Pelayanan yang mengutamakan kepuasan pasien/keluarga pasien diperlukan paradigma dan sikap yang berorientasi melayani, serta mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk melakukan pelayanan prima (Anggarawati & Sari, 2018 dalam Zailani & Anisah, 2024).

1. Penerapan nilai dalam etika keperawatan

- a. Empati dalam pelayanan pasien
 - 1) Mendengarkan dengan penuh perhatian keluhan pasien tanpa menghakimi.
 - 2) Menunjukkan rasa peduli terhadap kondisi fisik dan emosional pasien.
 - 3) Menyediakan waktu untuk menjelaskan prosedur medis dengan Bahasa yang mudah dipahami.

b. Menghormati Martabat dan Hak pasien

- 1) Menghormati hak pasien untuk membuat Keputusan terkait perawatan ,termasuk hak untuk menolak pengobatan.
- 2) Menjaga privasi pasien dengan memastikan kerahasiaan medisnya.

c. Tanggung Jawab dan profesionalisme

- 1) menjalankan tugas sesuai standar keperawatan tanpa kelalaian
- 2) Bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan ,termasuk mengakui kesalahan jika terjadi dan mencari Solusi yang tepat.

d. Keadilan dalam memberi pelayanan

- 1) Memperlakukan pasien secara adil ,tanpa diskriminasi berdasarkan ras, agama,status sosial ,atau latar belakang lainnya .
- 2) Memberikan perhatian yang sama terhadap pasien ,baik dari segi kualitas maupun akses layanan.

2. Penerapan Norma dalam Etika Keperawatan

a. Kepatuhan Terhadap kode Etik Keperawatan

- 1) Mengikuti prinsip – prinsip kode etik Keperawatan dalam semua tindakan ,seperti menjaga kerahasiaan pasien ,(confidentiality) dan berkomunikasi dengan jujur.
- 2) Menghindari tindakan yang melanggar etika ,seperti memanfaatkan pasien untuk untuk kepentingan pribadi.

b. Pelaksanaan standar operasional procedure (SOP)

- 1) Mematuhi SOP dalam semua tindakan keperawatan .seperti prosedur pemberian obat ,pengambilan sampel darah , atau penggunaan alat medis.
- 2) Memastikan keselamatan pasien dengan mengikuti langkah – langkah yang benar sesuai panduan.

c. Kepatuhan Terhadap Peraturan Hukum

- 1) Menjalankan praktik keperawatan sesuai dengan undang – undang yang berlaku ,seperti menghormati hak pasien dan menghindari mal praktik.
- 2) Mencatat dan melaporkan informasi pasien secara benar untuk menghindari pelanggaran hukum .

d. Penerapan sanksi dan pengawasan

- 1) Institusi keperawatan menerapkan sanksi terhadap pelanggaran norma untuk memastikan perawat mematuhi aturan .
- 2) Supervisi berkala dilakukan untuk memantau penerapan norma ,norma etika dalam praktik sehari – hari.(Suryati, 2024)

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa dalam Upaya mengatasi masalah nyeri akut pada pasien post *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF), terapi Teknik relaksasi benson merupakan kombinasi yang efektif dalam mengurangi nyeri .Intervensi ini dilakukan pada 2 pasien ,yaitu Tn.I dan Tn.A , dengan pelaksanaan yang di sesuaikan berdasarkan waktu dan kondisi masing – masing pasien .Asuhan Keperawatan pada Tn.I dilaksanakan selama 3 hari mulai tanggal 23 februari 2025 hingga 25 februari 2025 ,sedangkan Tn.A dilaksanakan dari 20 februari 2025 hingga 22 februari 2025.Pemilihan terapi ini didasarkan pada hasil penelitian sebelumnya teknik relaksasi Benson dapat dilakukan tidak hanya untuk pasien post operasi Fraktur, namun juga dapat dilakukan untuk mengurangi rasa cemas, stress serta dapat dilakukan pada pasien pasca operasi karena teknik relaksasi Benson ini dapat menghambat aktivitas saraf simpatik yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan terhadap konsumsi oksigen pada tubuh serta otot-otot tubuh menjadi rileks dan menimbulkan rasa nyaman pada pasien fraktur. Aktivitas saraf simpatik yang menurun dapat berpengaruh terhadap penurunan rasa nyeri .Asuhan keperawatan ini mencakup lima tahapan proses keperwatan yang meliputi pengkajian ,Analisa data ,diagnose keperawatan ,intervensi ,implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan (Pasien 1 Tn.A)

a. Identitas pasien

Pasien bernama Tn.I berusia 16 tahun,dengan diagnosa medis fraktur femur sinistra.Berjenis kelamin laki – laki beragama islam dan bestatus pelajar ,beralamat kauman sawah banjardowo genuk semarang.

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan bahwa nyeri dibagian luka post oprasi nyeri seperti berdenyut – denyut ,pasien juga mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakanya, pasien sering terbangun di malam hari , pasien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarganya dan perawat.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pseien mengatakan luka post oprasi nyeri di bagian femur sinistra dan mengeluh sakit saat digerakan P:Pasien mengatakan nyeri saat digerakan, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk R: pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri S : skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit, pasien tidak memiliki riwayat alergi baik alergi obat ataupun alergi lainnya.

e. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwasanya keluarga tidak memiliki penyakit yang sedang di derita.

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan bahwasanya keadaan lingkungan disekitarnya cukup bersih dan saat ini tidak ada kemungkinan terjadi bahaya dilingkungan rumahnya.

2. Pola Kesehatan fungsional (data fokus)

a. Pola persepsi pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu menjaga kesehatannya jika sebelumnya pasien jika sakit hanya membeli obat di apotik terdekat .Pengetahuan pasien tentang kesehatan kurang dan selama sakit ini pasien akan lebih mengawasi dan memperhatikan pola istirahat ,tidur ,pola makan begitu pula tanda – tanda fisik yang memperlihatkan gejala kelainan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 x sehari dengan porsi habis makan yaitu nasi ,lauk ,sayur – sayuran ,pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ,pasien tidak mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan ,minum kurang lebih 8 gelas sehari .Selama sakit pasien makan dalam sehari dengan porsi makan yang diberikan oleh pihak rumah sakit .Pasien tidak memiliki masalah dalam makanan ,tidak muntah ,minum kurang lebih 8 gelas sehari pasien tidak ada masalah saat menelan atau minum.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1 hari perhari dipagi hari warna kecoklatan ,konsistensi keras ,tidak ada masalah saat mau BAB dan BAK pasien frekuensi 5 - 7x sehari warna kekuningan tidak ada keluhan saat mau BAK selama sakit pasien mengatakan BAK kurang lebih 5 – 6 x sehari berwarna kuning .Tidak ada darah ,bau khas urin ,tidak ada kesulitan saat mau BAK.

d. Pola istirahat tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit waktu tidur teratur pasien biasanya tidur pada pukul 21.00 - 05.00 WIB biasanya istirahat kurang lebih antara 5 – 6 jam sehari.Selama sakit pasien mengatakan sering terbangun di malam hari ,pasien mengatakan kesulitan untuk nyaman saat tidur mulai bisa istirahat 20.30 – 05.30 WIB dan sering terbangun pada malam hari.

e. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu berangkat sekolah dan melakukan aktifitasnya secara mandiri.Pasien mengatakan olahraga sekali dalam seminggu ,toileting,berpakaian ,makan minum dilakukan sendiri dan mandiri .Selama sakit pasien mengatakan semua aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat jaga.

f. Pola kognitif perseptual/sensori

Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik ,serta ingat apa yang telah disampaikan dan selama sakit pasien masih

mampu berkomunikasi dengan baik. pasien mengeluh nyeri bagian luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk pasien juga mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dirasakannya, P : pasien mengatakan nyeri saat digerakan, Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk R: pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri S; skalanya 6 T: nyeri hilang timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Pasien mengatakan sangat menginginkan sembuh dan bisa beraktifitas seperti semula, pasien memiliki niatan dan keyakinan sembuh sangat tinggi pasien mengatakan saat ini merasa gelisah karena penyakitnya pasien mengatakan menyukai seluruh anggota badanya dan penyakit yang dialami pasien tidak berpengaruh terhadap persepsi pasien.

h. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan sebelum sakit dalam mengambil keputusan selalu berdiskusi dengan keluarga terutama kedua orang tua dan jika ada permasalahan selalu dibicarakan dengan baik. Untuk saat ini dalam menghadapi masalah pasien membutuhkan support dan dukungan dari keluarganya.

i. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan saat ini ia belum menikah dan statusnya saat ini adalah masih pelajar .

j. Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dapat berhubungan baik dengan orang lain dan orang – orang yang ada di sekitarnya dan lingkungannya .Pasien mampu berkomunikasi baik selama sakit pasien mengatakan tidak ada masalah maupun perubahan dalam berkomunikasi atau hubungan dengan orang lain.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam menjalankan ibadahnya selama sakit pasien mengatakan dalam menjalankan ibadahnya terhambat karna sakit yang dialaminya.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Composmentis

b. Penampilan

Tampak Lemas

c. Vital Sign

Tanda – tanda vital pada Tn.I Tekanan Darah : 112/74 mmhg,

Hatret : 77x /menit ,SPO2 : 99x/menit,Suhu: 36,5 C RR: 20x/menit

d. Kepala

Bentuk kepala simetris,rambut berwarna hitam,bersih tidak ada rontok dan ketombe seta tidak ada lesi dan edema.

e. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu pengelihatan, ukuran pupil normal.

f. Hidung

Bersih tidak ada sekret, tidak ada edema, hidung simetris tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

g. Telinga

Simetris tidak ada masalah pendengaran tidak memakai alat bantu deangar tidak ada nyeri tekan tidak ada luka.

h. Mulut dan tenggorokan

Tidak ada kesulitan/gangguan bicara, tidak ada kesulitan dalam mengunyah, tidak ada benjolan disekitar leher gigi rata dan rapih warna gigi sedikit kekuningan.

i. Jantung

Inspeksi berbentuk simetris, tidak ada lesi, palpasi iktus kardis tidak teraba, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler atau teratur.

j. Paru paru

Inspeksi berbentuk simetris, tidak terdapat retraksi dada, tidak ada nyeri tekan, palpasi terdengar suara sonor, perkusi fremitus kanan dan kiri, auskultasi vesikuler.

k. Abdomen

Pasien 1 (Tn.I)

Inspeksi warna kulit merata ,tidak ada luka ,perut terlihat buncit,palpasi bising usus normal 18x /menit,perkusi terdengar redup,tidak ada hepatemogali,auskultasi tidak ada benjolan nyeri tekan.

l. Genetalia

Pasien 1 (Tn.I)

Genetalia bersih tidak ada luka atau lesi, berjenis kelamin laki – laki ,pasien tidak terpasanga kateter.

m. Ekstremitas Atas dan bawah

Tangan normal,bersih tidak ada luka ,terpasang infus tangan sebelah kiri ,terdapat luka pada kaki kiri atas ,bersih ,capylary repil normal dan kembali dalam 3 detik.

n. Kulit

Kulit berwarna kecoklatan ,tugor kulit baik,dan tidak terdapat edema,

4. Data Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Penunjang

1) Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tanggal pemeriksaan : 21.02.2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
HEMATOLOGI	<i>Undergraduate</i>			
Darah Rutin				
Hemoglobin	14.2	13.2 – 17.3	g/dl	
Hematorit	43.1	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	10.93	4.50 -13.00	Ribu/uL	
Trombosit	392	140 – 392	Ribu/uL	
PPT				
PT	10.9	9.3 – 11.4	Detik	
PT (Kontrol)	24.2	21.0 – 28.4	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	100	<200	Mg/dL	
Ureum	12	10- 50	Mg/dL	
Creatinin	0.78	0.78- 1.30	Mg/dL	
Elektrolit (Na,K,Cl)	<i>Graduate</i>			
Natrium (Na)	139	135-147	Mmol/L	
Kalium (K) L	3.30	3.5-5.0	Mmol/L	
Klorida (Cl)	100.0	95-105	Mmol/L	
IMUNOLOGI	9	4	+5	
HBsAg(kuantitatif)	<0.05	Non.reaktif	Iu/mL	

Catatan:

2) Pemeriksaan Radiologi

Tanggal dan hasil pemeriksaan : 23/02/2025

Femur (Non Kontras)

TYTH

X FOTO FEMUR KIRI AP-LATERAL

(Perbandingan dengan x foto tgl 21/2/2025)

Terpasang plate and screw pada os femur ,kedudukan baik

Tampak drain pada aspek lateral

Masih tampak garis fraktur pada 1/3tengah os femur,aposisi dan alignment baik

Tak tampak dislokasi sendi

Tampak soft tissue swelling (post oprasi)

3) Terapy

Ketorolac injeksi 30 mg 2x sehari 2 ampul

Aesomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vial

Cefoperazone sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan

5. Analisa Data

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan dari hasil pengkajian data subyektif keluarga Tn.I mengatakan bahwa pasien mengeluh nyeri dibagian luka post oprasi P: Pasien mengatakan nyeri saat digerakan, Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, R:Pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri S:Skala nyeri 6 T:Nyeri hilang timbul.Data obyektif pasien tampak meringis,bersikap protektif TD :112/74 mmHg N: 77x/menit S: 36,4 °C Spo 2 :99%.

Gangguan Mobilitas Fisik dengan gangguan muskuloskeletal didapatkan data subjektif ,pasien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena fraktur yang di alaminya .Pasien tampak lesu hanya berbaring dibed pasien serta terdapat luka oprasi pada bagian kaki paha kiri sepanjang 50 cm.Tanda – tanda vital tekanan darah 146/98 mmHg,nadi 80x /menit ,RR 20x/menit dan suhu tubuh 36,5 °C.

Gangguan Pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan didapatkan dari hasil pengkajiaan bahwa pasien mengatakan

Selama sakit pasien mengatakan sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan kesulitan untuk nyaman saat tidur mulai bisa istirahat 20.30 – 05.30 WIB dan sering terbangun pada malam hari.

Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Intervensi Keperawatan

Masalah yang muncul pada tanggal 23 februari 2025, selanjutnya dapat disimpulkan rencana tindakan asuhan keperawatan yang digunakan sebagai tindakan lanjut asuhan keperawatan kepada pasien. Diagnosis pertama, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang dapat dilakukan antara lain: identifikasi skala nyeri, durasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat nyeri, ajarkan teknik relaksasi non farmakologi benson, kolaborasi pemberian ketorolac injeksi 30 mg 2x sehari 2 ampul, asomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vial, cefoperazone sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan.

Intervensi kedua, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Setelah dilakukan tindakan asuhan

keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil ; pergerakan ekstremitas meningkat ,kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kelemahan fisik menurun.Intervensi yang dirancang dukungan mobilisasi antara lain ; monitor keadaan umum selama mobilisasi, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi,ajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk.

Intervensi ketiga ,Gangguan Pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan setelah dilakukan intervensi keperawatan pada pasien selama 3 x 8 jam diharapkan pola tidur membaik ,dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun ,keluhan sering terjaga menurun,keluhan tidak puas tidur menurun,keluhan pola tidur berubah menurun,keluhan istirahat tidak cukup menurun.Intervensi yang dirancang dukungan tidur antara lain, mengidentifikasi pola tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan ,fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur .

6. Implementasi Keperawatan

Didapatkan hasil implementasi 23 februari 2025 – 25 februari 2025.Pada tanggal 23 februari 2024 pukul 09.30 wib melakukan imlementasi pada dignosis pertama yaitu dengan mengidentifikasi lokasi ,karakteristik lokasi karakteristik ,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri ,mengidentifikasi skala nyeri ,mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri , didapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post oprasi fraktur femur sinistra pada bagian kaki paha

kiri .P; nyeri ketika digerakan akibat luka post oprasi fraktur, Q :nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R;nyeri pada bagian paha kiri , S; 6 dari 1-10,T:hilang timbul dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda – tanda vital , tekanan darah 112/74 mmHg, nadi 77 x /menit ,RR 20x/menit,suhu tubuh 36,4 C.pukul 09.35 mengajarkan teknik non farmakologi benson ,didapatkan data subyektif pasien mengatakan bersdia untuk diajarkan teknik relaksai benson lebih rileks ,dan data obyektif pasien paham dengan yang diajarkan.Pukul 09.40 wib , memberikan obat Ketorolac injeksi 30 mg ,diperoleh data subyektif pasien bersedia ,data obyektif pasien tampak tenang.penatalaksanaan diagnosa kedua dilakukan pada pukul 10.05 WIT mengidentifikasi keluhan fisik lainnya .Diperoleh dari pasien yang mengatakan adanya nyeri pada paha kiri saat bergerak atau bergeser dan terdapat luka pasca oprasi .P: nyeri ketika di gerakan post oprasi, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk,R : pada bagian paha kaki kiri , S: skala nyeri 5 dari 1-10,T hilang timbul , dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda tanda vital ,tekanan darah 110/95 mmHg,nadi 92x/menit ,RR 20x /menit,suhu tubuh 36,8 C .Pukul 10.15menjelaskan prosedur mobilisasi .Data subyektif yang di dapat yaitu pasien mengakan bersedia, dan data objektif pasien mengatakan memahami dan dapat menerima informasi dengan baik dengan tanda vital ,tekanan darah 115/85 mmHg ,nadi 90 x /menit ,RR 20x/menit ,suhu tubuh 36,5 C.Diagnosis ketiga implementasi dilakukan pada pada pukul 13.00 wib ,memonitor tanda – tanda

infeksi.pada pukul 13.45 WIB implementasi pertama mengidentifikasi pola istirahat dan tidur Data subjektif yang di dapatkan pasien mengatakan mualai istirahat pukul 20.30 – 05.00 WIB, menegidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien mengatakan sering terbangun dikarkan merasa nyeri pada luka post oprasi ,data objektif pasien tampak lelah.pada pukul 20.30 WIB melakukan implementasi dengan memodifikasi lingkungan tidur seperti mematikan lampu ,menyalakan AC ruangan didapatkan data subyektif pasien mengatakan tidur masih sering terjaga dan terbangun pada pukul 23.00 WIB.

Tanggal 24 february 2025 pukul 08.00 WIB dilaksanakan diagnosa pertama dengan mengidentifikasi skala nyeri .Data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan masih merasakan nyeri yang apada luka pasca oprasi di paha kiri,dengan skala nyeri 4 dari 1-10 ,dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda vital ,tekanan darah 125/85 mmHg, denyut nadi 98x/menit ,RR 20x permenit , suhu tubuh 36,5 C .Pukul 08.05 WIB , mengajarkan teknik relaksasi non farmakologo benson.Data subyektif bahwa pasien dapat melakukannya secara mandiri ,data objektif pasien tampak mampu melakukan teknik rlaksasi benson.Pukul 08.10 WIB memberikan obat analgetik Ketorolac injeksi 30 mg.Dat subjektif pasien menatakan bersedia ,sedangkan data objektif pasien tampak tenang.Diagnosa kedua 10.00 WIB mengajarkan mobilisasi sederha yaitu duduk.Diperoleh data subyektif bahwa pasien bersedia, dan data objektif bahwa pasien bersedia mencoba denga

kesulitan yang terlihat .Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi .Didapatkan data subjektif pasien mengatakan kondisinya lebihbaik dari kemarin ,dan data objektif pasien tampak lelah dengan tanda – tanda vital tekanan darah 112/85 mmHg ,nadi 75x /menit ,RR 20 x/menit ,suhu tubuh 36, C.Diagnosis ketiga implementasi dilakukan pada pukul 18.30. WIB dengan mengajarkan menghilangkan pikiran yang membuat cemas sebelum tidur dengan cara bercerita kepada orang tua dan mendengarkan musik didapatkan data subyektif pasien mengatakan berbincang dan berkeluh kesah tentang sakit yang dialaminya kepada ayahnya.memonitor pola tidur didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidur mulai jam 22.00 WIB dan bangun pada pagi hari 05.00 WIB.

Tanggal 25 Februari 2025 pukul 14.00 WIB dilaksanakan diagnosa pertama dengan mengidentifikasi skala nyeri .Data subjektif menunjukan pasien mengatakan nyerinya berkurang pada paha kiri akibat luka post operasi ,dan data objektif menunjukan pasien tampak tenang ,skala nyeri menurun menjadi 3 dari 1- 10.Pukul 14.30 WIB ,mengakjarkan teknik relaksasi non farmakologi benson.Didapatkan data sub jektif pasien sudah merapkan teknik tersebut ketika nyeri timbul segera melakukannya secara mandiri , dan data objektif pasien kooperatif dengan tanda vital tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 78x/menit RR 20 x/menit,suhu tubuh 36,5 C.Diagnosis kedua melakukan implementasi pada pukul 14.45 WIB dengan mengajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk dengan dibantu

oleh ayahnya dan data objektif pasien sudah ada peningkatan dalam melakukan mobilisasi .Didapatkan data subjektif pasien mengatakan dirinya lebih baik ,dan data objektif pasien tampak tenang.Diagnosis ketiga,implementasi dilakukan pada 17.00 WIB dengan memonitor aktifitas istirahat dan tidur ,mengajarkan menghilangkan stres dengan mendengarkan musi , didapatkan data subyektif pasien mengatakan tadi malam tidur lebih nyenyak setelah mendengarkan musik serta tidak terbangun pada malam hari.Data objektif pasien tampak tenang ,tidur pukul 20.20 WIB – 05.30 WIB.

7. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 23 februari 2025 pukul 14.00 WIB ,didapatkan evaluasi pada Tn.I dengan diagnosis pertama sebagai berikut.Data *subyektif* Tn.mengatakan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post oprasi fraktur femur sinistra pada bagian kaki paha kiri .P; nyeri ketika digerakan akibat luka post oprasi fraktur, Q :nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R;nyeri pada bagian paha kiri , S; 6 dari 1-10,T:hilang timbul, lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi non farmakologis benson dan data *obyektif* pasien tampak meringis dengan tanda – tanda vital , tekanan darah 112/74 mmHg, nadi 77 x /menit ,RR 20x/menit,suhu tubuh 36,4 C.Assesmen masalah belum teratasi.Planing mengidentifikasi skala nyeri,mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi benson, memberikan obat analgetik Ketorolac injeksi 30 mg.Diagnosa kedua didapatkan data subyektif pasien mengatakan kesulitan dalam bergerak

serta nyeri bagi paha kaki kiri karena fraktur yang dialami. Dan data objektif pasien tampak lelah dan hanya berbaring diatas bad pasien. Assesment, masalah belum teratasi .Planing , lanjutkan intervensi monitor keadaan umum selama mobilisasi , ajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk . Hasil evaluasi diagnosis ketiga didapatkan data subyektif pasien mulai istirahat pada pukul 20.30 – 05.00 WIB, pasien mengatakan sering terjaga 23.00 WIB .data obyektif tampak lampu ruang dimatikan, suhu ruangan dingin .Asesment masalah belum tertasi .Planing lanjutkan intervensi mengajarkan menghilangkan stres sebelum tidur dengan cara mendengarkan musik.

Tanggal 24 Februari 2025 didapatkan hasil evaluasi kedua pada pukul 14.00 WIB .Diagnosa pertama subyektif ,pasien mengatakan nyeri di bagian luka post oprasi pada bagian paha kiri P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak ,Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R : nyeri di bagian paha kiri S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul, dan data obyektif tampak meringis, bersikap protektif .Assesment masalah teratasi sebagian .planing, lanjutkan intervensi : identifikasi skala nyeri ,ajarkan teknik relaksasi non farmakologi bensin, kolaborasi pemberian ketorolac injeksi 30 mg 2x 1 sehari, asomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vial, cefoperazole sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan. Didapatka hasil evaluasi diagnosa kedua pasien mengatakan semakin hari ada kemajuan sudah dapat duduk dengan bantuan ayahnya. Data objectif pasien tampak lemah .Assesment , masalah teratasi sebagian. Planing

lanjutkan intervensi, monitor keadaan pasien saat melakukan mobilisasi, ajarkan kembali mobilisasi sederhana seperti duduk. Hasil evaluasi diagnosa ketiga didapatkan data subjektif pasien menyatakan sebelum tidur pasien bercerita tentang keluhan kesah atas penyakitnya kepada ayahnya dan pasien mendengarkan musik sebelum tidur, tidur lebih nyenyak. data objektif pasien tampak tenang dan rileks. Asesment masalah teratasi sebagian. Planing lanjutkan intervensi memonitor pola istirahat tidur.

Tanggal 25 Februari 2025 di dapatkan hasil evaluasi diagnosa pertama pada pukul 14.00 WIB didapat dari data subjektif pasien menyatakan nyerinya sudah berkurang pada luka post operasi P : Nyeri timbul saat di gerakan, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk, R : pada bagian femur sinistra, S: skala nyeri 3 dari 1- 10, T: nyeri hilang timbul, pasien mengatakan ketika nyeri timbul dapat melakukan teknik relaksasi benson secara mandiri. Data objektif pasien tampak tenang. Asesment masalah teratasi. planing, intervensi dihentikan. Didapatkan diagnosa kedua data subjektif pasien mengatakan tidak kesulitan saat duduk dengan bantuan ayahnya. Data objektif pasien tampak rileks. Asesment masalah teratasi. Planing intervensi dihentikan. Hasil evaluasi diagnosa ketiga disimpulkan data subjektif pasien mengatakan tidur lebih nyenyak setelah mendengarkan musik serta tidak terbangun pada malam hari lebih nyenyak setelah mendengarkan musik serta pasien dapat tidur dengan

rileks dan tenang. Data objektif pasien kooperatif. Asesment masalah teratasi intervensi dihentikan.

Pengkajian Keperawatan (Pasien 2 Tn.A)

a. Identitas pasien

Pasien bernama Tn.A berusia tujuh belas tahun dengan diagnosa medis fraktur femur. Berjenis Kelamin laki – laki, beragama islam, pasien adalah seorang pelajar SMA alamat wonokerto RT 02 RW 01.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan bahwa nyeri dibagian luka post oprasi nyeri seperti ditusuk – tusuk, sulit tidur karena nyeri yang dirasakanya, pasien sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan aktifitasnya dibantu oleh keluarganya dan terdapat luka post oprasi sepanjang 30 cm.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan mengeluh nyeri dibagian dibagian luka post oprasi nyeri dibagian femur sinistara dan mengeluh nyeri pada saat beraktifitar terutama ketika kaki di gerakan, P : Pasien mengatakan kaki nyeri saat digerakan, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kurun waktu enam bulan terakhir.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwasanya keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang sama.

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan bahwasanya area sekitar rumah bersih dan selalu membersihkan lantai dan ruang yang ada dirumahnya. Saat ini tidak ada kemungkinan terjadi bahaya yang ada di rumahnya.

Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus) menurut gordon

a. Pola Persepsi Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan saat ini aktivitasnya terbatas karena harus berbaring di bed karena pasca pembedahan post *Open Reduction and Internal Fixation* (ORIF). Pasien mengatakan sebelum sakit selalu menjaga kesehatannya sebelumnya jika pasien sakit hanya periksa kedokter terdekat dan membeli obat di apotik. Pengetahuan pasien tentang kesehatan kurang dan selama sakit ini pasien akan lebih mengawasi memperhatikan pola istirahat , tidur , pola makan dan asupan cairan begitu pula tanda – tanda fisik yang memperlihatkan gejala penyakit atau kelainan.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari satu porsi habis dengan menu makan berupa nasi, lauk dan sayur – sayuran . Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ,pasien tidak mengonsumsi vitamin atau obat penambah nafsu makan ,minum kurang lebih 8 gelas sehari atau 230 ml perhari.Selama sakit pasien makan 3 x sehari setengah porsi habis dengan menu nasi tim , lauk , sayur dan buah yang telah diberikan oleh RSI Sultan Agung Semarang.Pasien tidak memiliki masalah dalam makanan,,tidak muntah ,minum kurang lebih 200 ml perhari , pasien tidak ada masalah saat menelan dan minum.

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 hari perhari dipagi hari warna kecoklatan ,konsistensi keras , pasien BAK frekuensi 5 – 7x dalam sehari warna keruh kekuningan .Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat mau BAK .Selama sakit pasien mengatakan menggunakan pempres saat BAB 1 x dalam sehari di pagi hari dan BAK dengan frekuensi kurang lebih 5 – 6 x sehari berwarna kuning tidak ada darah ,bau khas urin,tidak ada kesulitan saat mau BAK.

d. Pola Istirahat Tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit waktu tidur teratur pasien biasanya tidur pada pukul 21.00 – 05.00 WIB dan pasien istirahat 8 jam perhari .Selama sakit pasien mengatakan tidur pada jam 20.30 –

05.30 WIB pasien menggunakan waktunya untuk beristirahat lebih banyak pasien mengatakan kesulitan miring kanan kiri saat tidur dan merasa tidak nyaman.

e. Pola Aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit selalu berangkat kesekolah pada pagi hari sepulang sekolah pasien bermain bersama teman – temannya. Pasien selalu menjalankan aktifitasnya secara mandiri baik makan ,minum, toileting berpakaian serta rutin berolahraga seminggu sekali. Saat ini selama pasien sakit aktifitasnya baik makan, minum , toileting ,mandi dan berpakaian di bantu oleh anggota keluarga terutama ibunya pasien hanya bisa berbaring di bad.

f. Pola Kognitif Perseptual Sensori

Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik,serta ingat apa yang telah disampaikan oleh anggota keluarga,teman dan perawat. Selama sakit pasien masih berkomunikasi dengan baik .Pasien mengeluh nyeri bagian luka post Oprasi serta mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialaminya .Pasien : mengatakan nyeri saat luka di gerakan ,Q : Pasien mengatak nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R : Paien mengatakan nyeri dibagian paha kiri S : pasien mengatakan skala nyeri 5 , T : nyeri hilang timbul.

g. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan sebelum sakit dalam mengambil keputusan selalu berdiskusi dengan keluarga terutama kedua orang tua teruma

jika dalam menyelesaikan masalah selalu dibicarakan dengan baik. Untuk saat ini selama sakit dalam menghadapi masalah terutama kondisi yang sedang dialami pasien membutuhkan supot dan dukungan dari keluarganya.

h. Pola Seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan saat ini belum menikah dan tidak ada rencana menika dalam waktu dekat.

i. Pola Peran dan hubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dapat berhubungan baik dengan orang lain baik pasien diruang baitussalam 1 ,keluarga , perawat dan lingkungannya. Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik selama sakit dan jika ada permasalahan selam proses keperawatan pasien selalu menyampaikan kepada perawat. Pasien mengatakan tidak ada masalah maupun perubahan dalam berkomunikasi atau berhubungan dengan orang lain.

j. Pola Nilai dan Kepercayaan

Paien mengatakan tidak ada masalah dalam menjalankan ibadahnya selama sakit , pasien mengatakan dalam menjalankan ibadahnya terhambat karna sakit yang dialaminya. Pasien berharap agar segera pulih dan dapat beraktifitas kembali.

Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. Penampilan : Tampak Lemas
- c. Vital Sign

Tanda – tanda vital pada pasien Tn.A tekanan darah 125/ 78 mmHg
 ,Hatret 77 x /menit ,SPO2 : 99 x /menit ,Suhu 36,5.

- d. Kepala

Bentuk kepala simetris ,rambut berwarna hitam ,bersih tidak ada rontok dan ketombe serta tidak ada lesi dan edema.

- e. Mata

Konjungtiva tidak anemis ,sklera tidak ikterik,tidak menggunakan alat bantu pengelihatan ,ukuran pupil normal.

- f. Hidung

Bentuk hidung simetris,bersih tidak terdapat sekret ,tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

- g. Telinga

Simetris tidak ada masalah pendengaran tidak menggunakan alat bantu dengar tidak ada nyeri tekan tidak ada luka.

- h. Mulut dan Tenggorokan

Tidak ada kesulitan gangguan berbicara ,tidak ada kesulitan dalam mengunyah ,tidak ada benjolan disekitar leher , gigi rapih dan rata warna gigi sedikit kekuningan.

i. Jantung

Inspeksi bentuk simetris, tidak ada lesi ,palpasie iktus kardis tidak teraba ,perkusi sonor ,auskultasi suara nafas vesikuler/ teratur .

j. Paru – paru

Inspeksi bentuk simetris,tidak terdapat retraksi dada,tidak ada nyeri tekan ,palpasi terdengar suara sonor ,perkusi fremitus kanan dan kiri ,auskultasi vesikuler.

k. Abdomen

Inspeksi warna kulit merata ,tidak ada luka perut terlihat buncit ,palpasi bising usus normal 18x/menit ,perkusi terdengar redup,tidak ada hepatemogali,auskultasi tidak ada benjolan nyeri tekan .

l. Genetalia

Genetalia bersih tidak ada luka atau lesi ,berjenis kelamin laki – laki pasien tidak terpasang kateter.

m. Ekstremitas atas dan Bawah

Tangan normal,bersih terdapat luka jaitan pasca oprasi sepanjang 30 cm pada kaki kiri di bagain femur sinistra, bersih ,capylari refil normal dan kembali dalam 3 detik .

n. Kulit

Kulit pasien bersih,lembab dan berwarna sawo matang,tugor kulit baik,dan tidak terdapat edema.

Hasil Pemeriksaan Penunjang

a) Hasil Pemeriksaan Labolatorium Klinik

Tanggal : 21-02-2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
KIMIA KLINIK				
BGA POCT				
FIO2	81.0		%	
Ph	7.318			
pH(37C)	L 7.304	7.37-7.45		
PCO2	H 46.1	35.0-45.0	mm Hg	
pCO2(37C)	48.1		mm Hg	
	<i>Graduate</i>			
pO2	H 135.0	80.0 - 105.0	mm Hg	
pO2(37C)	141.0		mm Hg	
sO2	H 99.0	95.0 – 98.0	%	
HCT	38.0	38.0-51.0	%	
Hb	12.9	12.0-17.0	g/dl	
BE (ecf)	-2.0	(-2)-(+3)	mmol/L	
HCO3	23.9	22.0-27.0	mmol/L	
TCO2	25.0	23.0-27.0	mmol/L	
Glu	H 226.0	70-105	mg/dL	
Ca	1.27	1.12-1.32	mmol/L	
Na	139.0	138.0-146.0	mmol/L	
K	L 3.1	3.5-4.9	mmol/L	
Catatan :				

b) Hasil Pemeriksaan Radiologi

Femur (Non Kontras)

TS YTH

X FOTO FEMUR SINISTRA

Dibanding Foto sebelumnya tanggal 21/02/2025:

Tampak terpasang fiksasi interna pada os femur sinistra 1/3

tengah ,kedudukan baik .

Tampak garis faraktur pada os femur sinistra 1/3 tengah ,aposisi dan aligment sudah baik.

Tak tampak dislokasi pada hip joint sinistra.

c) Terapy

Citicholine Tablet 500 mg 2x 1 sehari tablet sesudah makan

Bisoprolol qumarate tablet 1x sehari sesudah makan

d) Diit

Nasi

8. Analisa Data

Hasil analisa data yang didapatkan dari hasil pengkajian data *subyektif* keluarga Tn.I mengatakan bahwa pasien mengeluh nyeri dibagian luka post oprasi P:Pasien mengatakan nyeri saat digerakan ,Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk .R: Pasien mengatakan nyer dibagian paha kiri S: skala nyeri 6 T:Nyeri hilang timbul.Data *obyektif* pasien tampak meringis,bersikap protektif . Tanda – Tanda vital tekanan darah 146/98 mmHg,nadi 80x /menit,RR 20x/menit dan suhu tubuh 36,5 C.Berdasarkan data tersebut penulis merumuskan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus kedua penulis mendapatkan data *subyektif* ,pasien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena fraktur yang dialaminya.Data *obyektif* pasien tampak lesu hanya dapat berbaring dibad serta terdapat luka oprasi pada bagian kaki paha kiri sepanjang $\pm$ 30 cm . Tanda – Tanda vital tekanan darah 146/98 mmHg,nadi 80x /menit,RR 20x/menit dan suhu tubuh 36,5 C.Berdasarkan data diatas penulis merumuskan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskletal.

Data fokus ketiga penulis mendapatkan data subjektif didapatkan dari hasil pengkajian data subyektif pada bagian paha kiri terdapat luka jahitan sepanjang $\pm 30\text{cm}$. Data Obyektif terdapat keterangan pada hasil laborat yang menunjukkan hasil leukosit pasien kurang dengan hasil 25.10%. Tanda – Tanda vital tekanan darah 146/98 mmHg, nadi 80x /menit, RR 20x/menit dan suhu tubuh 36,5 C. Berdasarkan analisa data diatas penulis merumuskan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

9. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

10. Intervensi

Masalah yang muncul pada tanggal 23 februari 2025 ,selanjutnya dapat disimpulkan rencana tindakan asuhan keperawatan yang digunakan sebagai tindakan lanjut asuhan keperawatan kepada pasien. Diagnosis pertama ,nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik .Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun .Intervensi yang dapat dilakukan antara lain: identifikasi skala nyeri ,durasi,karakteristik,frekuensi dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri ,identifikasi faktor yang memperberat nyeri, ajarkan teknik relaksasi non

farmakologi benson, kolaborasi pemberian Citi choline Tablet 500 mg 2x 1 sehari tablet sesudah makan, Bisoprolol qumarate tablet 1x sehari sesudah makan. Intervensi kedua ,gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil ; pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun,kelemahan fisik menurun.Intervensi yang dirancang dukungan mobilisasi antara lain; monitor keadaan umum selama mobilisasi ,jelaskan tuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk.

Intervensi ketiga ,resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan pahan cara mencegah dan mengurangi ancaman kesehatan meningkat dengan kriteria hasil;kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat,kemampuan menghindari faktor resiko meningkat.Intervensi yang dirancang pencegahan infeksi antara lain; jelaskan tanda dan gejala infeksi,memonitor tanda dan gejala infeksi,ajarkan cara memeriksa luka oprasi ,kolaborasi dengan pemberian obat.

11. Implementasi

Didapatkan dari hasil implementasi 20 februari 2025 – 22 februari 2025.Pada tanggal 20 februari 2025 pukul 08.30 wib melakukan imlementasi pada dignosis pertama yaitu dengan mengidentifikasi lokasi

,karakteristik lokasi karakteristik ,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri ,mengidentifikasi skala nyeri ,mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri , didapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post oprasi fraktur femur sinistra pada bagian kaki paha kiri .P; nyeri ketika digerakan akibat luka post oprasi fraktur, Q :nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R;nyeri pada bagian paha kiri , S; 6 dari 1-10,T:hilang timbul dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda – tanda vital , tekanan darah 115/75 mmHg, nadi 79 x /menit ,RR 20x/menit,suhu tubuh 36,7 C.pukul 08.35 mengajarkan teknik non farmakologi benson ,didapatkan data subyektif pasien mengatakan bersdia untuk diajarkan teknik relaksai benson ,dan data obyektif pasien paham dengan yang diajarkan.Pukul 08.40 wib , memberikan obat Ketorolac injeksi 30 mg ,diperoleh data subyektif pasien bersedia ,data obyektif pasien tampak tenang.penatalaksanaan diagnosa kedua dilakukan pada pukul 19.05 WIT mengidentifikasi keluhan fisik lainnya .Diperoleh dari pasien yang mengatakan adanya nyeri pada paha kiri saat bergerak atau bergeser dan terdapat luka pasca oprasi .P: nyeri ketiaka di gerakan post oprasi, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk,R : pada bagian paha kaki kiri , S: skala nyeri 5 dari 1-10,T hilang timbul , dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda tanda vital ,tekanan darah 110/95 mmHg,nadi 92x/menit ,RR 20x /menit,suhu tubuh 36,8 C .Pukul 10.15menjelaskan prosedur mobilisasi .Data subyektif yang di dapat yaitu pasien mengakan bersedia, dan data objektif pasien mengatakan

memahami dan dapat menerima informasi dengan baik dengan tanda vital ,tekanan darah 115/85 mmHg ,nadi 90 x /menit ,RR 20x/menit ,suhu tubuh 36,5 C.Diagnosis ketiga implementasi dilakukan pada pukul 13.00 wib ,memonitor tanda – tanda infeksi.Data subyektif didapatkan dari pasien mengatakan tidak terdapat rasa panas pada lukanya dan data obyektif di peroleh luka 50 cm ,tidak terdapat kemerahan luka tampak bersih.Pukul 13.05 memaparkan tanda dan gejala infeksi .Ditemukan data subyektif pasien mengatakan bersdia, dan data obyektif pasien terlihat memperhatikan dengan baik dan mampu menjelaskan kembali apa yang telah disampaikan.Pemberian obat Acomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vialCefoperazole sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan dengan data subyektif diperoleh pasien bersedia saat diberikan obat suntik,data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tanda vital tekanan darah 125/80 mmHg, nadi 75x/menit RR 20x/menit dan suhu tubuh 36,5 C.

Tanggal 21 februari 2025 pukul 09.00 WIB dilaksanakan diagnosa pertama dengan mengidentifikasi skala nyeri .Data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan masih merasakan nyeri yang apada luka pasca oprasi di paha kiri,dengan skala nyeri 4 dari 1-10 ,dan data obyektif pasien tampak meringis dengan tanda vital ,tekanan darah 117/85 mmHg, denyut nadi 97x/menit ,RR 20x permenit , suhu tubuh 36,5 C .Pukul 09.05 WIB , mengajarkan teknik relaksasi non farmakologo benson.Data subyektif bahwa pasien dapat melakukannya secara mandiri ,data obyektif pasien tampak mampu melakukan teknik

relaksasi benson. Pukul 09.10 WIB memberikan obat analgetik Ketorolac injeksi 30 mg. Data subjektif pasien menyatakan bersedia, sedangkan data objektif pasien tampak tenang. Diagnosa kedua 11.00 WIB mengajarkan mobilisasi sederhana yaitu duduk. Diperoleh data subyektif bahwa pasien bersedia, dan data objektif bahwa pasien bersedia mencoba dengan kesulitan yang terlihat. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan kondisinya lebih baik dari kemarin, dan data objektif pasien tampak lelah dengan tanda – tanda vital tekanan darah 112/85 mmHg, nadi 75x /menit, RR 20 x/menit, suhu tubuh 36, C. Diagnosis ketiga implementasi dilakukan pada pukul 13.30. WIB dengan mengajarkan cara merawat luka post operasi agar tetap bersih. Diperoleh data subjektif pasien menyatakan bersedia, dan data objektif pasien kooperatif. Data tanda vital tekanan darah 125/85 mmHg, nadi 87x/menit, RR 20x /menit, suhu tubuh 36,7 C. Pukul 14.00 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 3x1. Data subjektif pasien menunjukkan bersedia dan data objektif pasien tampak tenang.

Tanggal 22 Februari 2025 pukul 14.00 WIB dilaksanakan diagnosa pertama dengan mengidentifikasi skala nyeri. Data subjektif menunjukkan pasien mengatakan nyerinya berkurang pada paha kiri akibat luka post operasi, dan data objektif menunjukkan pasien tampak tenang, skala nyeri menurun menjadi 3 dari 1- 10. Pukul 14.30 WIB, mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi benson. Didapatkan data subjektif pasien sudah menerapkan teknik tersebut ketika nyeri timbul segera melakukannya

secara mandiri , dan data objektif pasien kooperatif dengan tanda vital tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 78x/menit RR 20 x/menit,suhu tubuh 36,5 C.Diagnosis kedua melakukan implementasi pada pukul 14.45 WIB dengan mengajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk dengan dibantu oleh ayahnya dan data objektif pasien sudah ada peningkatan dalam melakukan mobilisasi .Didapatkan data subjektif pasien mengatakan dirinya lebih baik ,dan data objektif pasien tampak tenang.Diagnosis ketiga,implementasi dilakukan pada 15.00 WIB dengan mengajarkan cara merawat luka operasi agar tetap bersih .Ditemukan data subjektif pasien bersedia , dan data objektif pasien tampak memahami dan mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah di paparkan.

12. Evaluasi

Tanggal 20 februari 2025 pukul 14.00 WIB ,didapatkan evaluasi pada Tn.I dengan diagnosis pertama sebagai berikut.Data *subyektif* Tn.mengatakan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi fraktur femur sinistra pada bagian kaki paha kiri .P; nyeri ketika digerakan akibat luka post operasi fraktur, Q :nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R;nyeri pada bagian paha kiri , S; 6 dari 1-10,T:hilang timbul, lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi non farmakologis benson dan data *obyektif* pasien tampak meringis dengan tanda – tanda vital , tekanan darah 112/74 mmHg, nadi 77 x /menit ,RR 20x/menit,suhu tubuh 36,4 C.Assesmen masalah belum teratasi.Planing mengidentifikasi skala nyeri,mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi benson,

memberikan obat analgetik Ketorolac injeksi 30 mg. Diagnosa kedua didapatkan data subyektif pasien mengatakan kesulitan dalam bergerak serta nyeri bagi paha kaki kiri karena fraktur yang dialami. Dan data objektif pasien tampak lelah dan hanya berbaring diatas bad pasien. Assesment, masalah belum teratasi .Planing , lanjutkan intervensi monitor keadaan umum selama mobilisasi , ajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk . Hasil evaluasi diagnosis ketiga didapatkan data subyektif pasien mengatakan tidak terdapat tanda – tanda infeksi seperti panas dan kemerahan , terdapat luka jahitan post oprasi sepanjang + 50 cm di bagian paha kaki kiri . Data obyektif : pasien tam pak memahami materi yang telah disampaikan dan dapat mengulai materi , tidak tampak adanya tanda – tanda infeksi . assesmen masalah teratasi sebagian . planing , perencanaan lanjutkan intervensi : ajarkan cara memeriksa kondisi luka , mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar, kolaborasi pemberian obat.

Tanggal 21 Februari 2025 didapatkan hasil evaluasi kedua pada pukul 14.00 WIB . Diagnosa pertama subyektif , pasien mengatakan nyeri di bagian luka post oprasi pada bagian paha kiri P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak , Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk , R : nyeri di bagian paha kiri S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul, dan data obyektif tampak meringis, bersikap protektif . Assesment masalah teratasi sebagian . planing, lanjutkan intervensi : identifikasi skala nyeri , ajarkan teknik relaksasi non farmakologi bensin, kolaborasi pemberian ketorolac injeksi

30 mg 2x 1 sehari, asomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vial, cefoperazone sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan. Didapatkan hasil evaluasi diagnosa kedua pasien mengatakan semakin hari ada kemajuan sudah dapat duduk dengan bantuan ayahnya. Data objektif pasien tampak lemah. Assessment, masalah teratasi sebagian. Planing lanjutkan intervensi, monitor keadaan pasien saat melakukan mobilisasi, ajarkan kembali mobilisasi sederhana seperti duduk. Hasil evaluasi diagnosa ketiga didapatkan data subjektif pasien menyatakan tidak terdapat tanda – tanda infeksi, luka tampak bersih serta selalu membatasi pengunjung, terdapat luka jahitan di bagian paha kaki kiri post operasi + 50 cm. Assessment masalah teratasi sebagian. Planing, lanjutkan intervensi : mengajarkan cara merawat balutan luka operasi.

Tanggal 22 Februari 2025 di dapatkan hasil evaluasi diagnosa pertama pada pukul 14.00 WIB didapat dari data subjektif pasien menyatakan nyerinya sudah berkurang pada luka post operasi P : Nyeri timbul saat di gerakan, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk, R : pada bagian femur sinistra, S: skala nyeri 3 dari 1- 10, T: nyeri hilang timbul, pasien mengatakan ketika nyeri timbul dapat melakukan teknik relaksasi benson secara mandiri. Data objektif pasien tampak tenang. Assessment masalah teratasi. planing, intervensi dihentikan. Didapatkan diagnosa kedua data subjektif pasien mengatakan tidak kesulitan saat duduk dengan bantuan ayahnya. Data objektif pasien tampak rileks. Assessment masalah teratasi. Planing intervensi dihentikan. Hasil evaluasi diagnosa ketiga

disimpulkan data objektif pasien dapat memahami dengan apa yang telah perawat ajarkan terkait perawatan balut luka agar tetap bersih. Data objektif pasien kooperatif. Asesment masalah teratasi. Planing Intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Asuhan keperawatan yang sistematis adalah pendekatan terencana dan terstruktur dalam memberikan perawatan kepada pasien, yang terdiri dari beberapa tahap, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Proses ini membantu perawat dalam memberikan perawatan yang efektif dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Pada bagian pembahasan akan membahas asuhan keperawatan pada Tn.I dan Tn.A dengan Implementasi teknik relaksasi nafas benson pada pasien fraktur femur sinistra di ruang baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Penulis telah melakukan pengkajian dan asuhan keperawatan selama 3 hari

1. Pengkajian

Didapatkan dalam hasil pengkajian dari dua pasien yang telah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu pada nyeri akut diperoleh data pengkajian sebagai berikut. Data temuan pada pasien yang menunjukkan nyeri akut yaitu pasien mengatakan nyeri dibagian paha kiri post operasi ORIF fraktur femur sinistra P: nyeri saat digerakan, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk, R : nyeri di bagian paha kiri, S : skala nyeri 6 pada hari pertama, 4 pada hari kedua dan 3 pada hari ketiga, T : nyeri

hilang timbul, pasien lebih rileks dan tenang setelah melakukan teknik relaksasi non farmakologi benson secara mandiri. Data objektif pasien tampak meringis, gelisah, kesulitan tidur karena nyeri yang dialaminya. Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia. Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari dan istirahatnya. (Maharani & Melinda, 2021). Berdasarkan hasil penerapan relaksasi benson selama 2 hari terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek dengan post operasi fraktur. Hal ini terjadi karena teknik relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi pernafasan dengan melibatkan keyakinan yang mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. (Zefrianto *et al.*, 2024)

Data pengkajian yang didapatkan pada Tn.I pasien adalah seorang pelajar dan kegiatan pasien sehari – hari adalah belajar di sekolah dan bermain. Sebelumnya pasien mengalami kecelakaan motor pada 22 Februari 2025 motor tersebut terjatuh sehingga paha pada kaki kiri mengalami fraktur femur dan dilarikan ke RSI Sultan Agung Semarang sehingga dilakukan pembedahan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF). Pasien mengatakan nyeri di bagian luka post operasi, tampak meringis, tanda – tanda vital, tekanan darah 112/74 mmHg, nadi 77 x /menit, RR 20x/menit, suhu tubuh 36,4 C. dan sulit beraktifitas secara mandiri terdapat luka di bagian kaki kiri sepanjang + 30 cm.

Sedangkan data pengkajian yang di dapatkan pada pasien Tn.A pasien adalah seorang pelajar SMA kelas 11 dan seorang anak keenam dari enam bersaudara. Pasien di bawa ke RSI Sultan Agung dengan alasan mengalami kecelakaan sehingga dilarikan ke RSI Sultan Agung dan dirawat inap di Baitussalam 1. Pasien mengatakan mengalami nyeri dibagian luka post operasi ORIF sehingga tidak dapat melakukan kegiatan mandiri seperti biasanya terdapat luka di paha kaki kiri kurang lebih sepanjang + 30 cm. pasien tampak meringis dengan tanda – tanda vital , tekanan darah 115/75 mmHg, nadi 79 x /menit ,RR 20x/menit, suhu tubuh 36,7 C.

2. **Diagnosis**

Diagnosa yang diangkat pada pasien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang sudah sesuai dengan SDKI nomor D.0077, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal SDKI nomor D.0054), Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif SDKI nomor D.0142. Nyeri akut merupakan diagnosis yang menutupi yang di definisikan sebagai

pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional ,dengan onset mendadak atau lambat dari berintensitas ringan atau berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.(PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. SDKI nomor D.0054 kategori fisiologis

,subkategori aktifitas atau istirahat .Resiko infeksi didefinisikan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Dalam buku SDKI batasan karakteristik untuk menegaskan masalah Nyeri akut adalah mengeluh nyeri,tampak meringis,bersikap protektif ,waspada, posisi menghindari nyeri,gelisah,frekuensi nadi meningkat,sulit tidur (PPNI, 2017).sehingga diagnosa keperawatan dari data yang sudah ditemukan pada pasien sesuai dengan teori diagnosa yang diangkat dari kedua pasien Tn.I dan Tn.A adalah Nyeri akut yang dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bagian paha kiri post operasi *Open Reduction Internal Fixation* ORIF fraktur femur sinistra.Gangguan mobilitas fisik dibuktikan dengan pasien mengatakan aktifitasnya selama sakit dibantu oleh keluarganya.Resiko infeksi dibuktikan dengan hasil pengkajian data subyektif pada bagian paha kiri terdapat luka jahitan sepanjang 30cm.Data Obyektif terdapat keterangan pada hasil laborat yang menunjukkan hasil leukosit pasien kurang dengan hasil 25.10%.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah setiap intervensi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan.(SIKI,2017).Dalam penyusunan karya tulis ilmiah penulis merujuk intervensi keperawatan berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).Intervensi dilakukan untuk membantu perawat dalam mencapai tujuan yang

diharapkan. Intervensi yang sudah direncanakan oleh penulis sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara generalis dimana penulis menerapkan intervensi manajemen nyeri dalam Standar Asuhan Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08238), intervensi dukungan mobilisasi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05173), intervensi pencegahan infeksi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.14539).

Pada diagnosis pertama **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**, penulis menyusun intervensi berdasarkan halaman 201 manajemen nyeri (I.08238) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang disusun identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor pemberat nyeri, ajarkan teknik relaksasi non farmakologi benson, kolaborasi pemberian obat analgetik. Teknik relaksasi non farmakologi menjadi acuan utama penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.I dan Tn.A, Teknik relaksasi non farmakologis yang penulis gunakan adalah Teknik relaksasi benson.

Intervensi diagnosis kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal penulis menyusun intervensi berdasarkan SIKI pada halaman 30 dukungan mobilisasi (I.05173) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan

selama 3x8 jam di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat ,kekuatan otot meningkat nyeri menurun ,kelemahan fisik meningkat.Intervensi yang direncanakan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya ,monitor kondisi umum selama mobilisasi jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ,ajarkan mobilisasi sederhana seperti miringkanan kiri dan duduk .Dengan hasil yang diharapkan pasien dapat melakukan mobilisasi secara mandiri.

Diagnosis ketiga resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif penulis menyusun intervensi berdasarkan SIKI halaman 278 pencegahan infeksi (I.14539) dengan tujuan ,setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x8 jam diharapkan kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat.Intervensi yang direncanakan jelaskan tanda – tanda dan gejala infeksi,monitor tanda gejala infeksi,ajarkan cara memeriksa perban luka operasi,edukasi diet nutrisi pasca pembedahan ,kolaborasi obat antibiotik.

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.(Manullang, 2020)

Pasien 1 (Tn.I)

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik penulis melakukan implementasi 3x 8jam dari tanggal 23 februari -25 februari 2025 tindakan yang dilakukan mengidentifikasi skala nyeri dengan respon pasien data subyektif pasien menunjukkan bahwa nyeri berkurang selama 3 hari perawatan dari skala 6 menjadi skala 3 dan data objektif pasien ,pasien terlihat tenang,mengajarkan teknik relaksai non farmakologis benson untuk meringankan rasa nyeri dengan respon pasien data subyektif pasien mengatakan lebih rileks dan nyeri berkurang setelah melakukan teknik relaksasi benson dan data objektif pasien tampak kooperatif dan mampu mempraktikkan secara mandiri.kolaborasi pemberian analgetik,ketorolac injeksi 30 mg 2x sehari 2 ampul, asomeprazole injeksi 40 mg 1x sehari 1 vial, cefoperazole sulbactam 3x sehari 1 vial sesudah makan.

Teknik relaksasi benson merupakan pengembangan dari teknik relaksasi nafas dalam dengan melibatkan keyakinan seseorang,yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu seorang mencapai kondisi kesehatan dan dan kesejahteraan lebih tinggi. Teknik Benson merupakan gabungan dari keyakinan seseorang (faith factor) dengan respon relaksasi .Fokus relaksasi Benson adalah pada pen-

gungkapan kalimat tertentu secara berulang-ulang dengan irama teratur serta sikap pasrah. Kata-kata dalam terapi yang digunakan bisa berupa nama Tuhan atau kata yang dapat menenangkan pasien (Sri Sat

Titi *et al.*, 2021 dalam (Rahman & Dewi, 2023)). Pada studi kasus ini teknik relaksasi benson sangat efektif dalam meredakan rasa nyeri pasca operasi, untuk mendapatkan hasil maksimal dibutuhkan waktu untuk dilakukan secara berulang 3 – 7x selama 15- 20 menit dengan teknik yang benar.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, selama 3 x 8 jam penulis melakukan implementasi untuk mengidentifikasi adanya data subyektif pasien mengatakan adanya nyeri dibagian kaki paha kiri ketika digerakan karena post operasi fraktur dan data objektif pasien didapatkan skala nyeri menurun dengan rentang skala 6 menjadi 3. Dengan tanda – tanda vital, tekanan darah 112/74 mmHg, nadi 77 x /menit, RR 20x/menit, suhu tubuh 36,4 C, memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi dengan respon data subyektif pasien mengatakan keadaannya sudah lebih membaik dengan data objektif tampak tenang, dengan tanda tanda vital, tekanan darah 110/95 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20x /menit, suhu tubuh 36,8 C, mengajarkan imobilisasi sederhana berupa duduk dan miring selama 3 hari perawatan pada pasien dengan respon subyektif pasien mengatakan sudah mampu duduk dengan sedikit bantuan keluarga, data objektif yang didapatkan tampak tenang dan ada peningkatan dalam melakukan mobilisasi sederhana. Mobilisasi merupakan kemampuan setiap individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (Wahyudi dan Wahid dalam Pelaksanaan *et al.*, 2020). Pada studi kasus ini penerapan mobilisasi pada pasien berpengaruh pada proses penyembuhan luka karena dapat memperbaiki sirkulasi pada peredaran darah, sehingga dapat mencegah terjadinya pembekuan pada darah, serta pada bagian pembuluh darah dan arteri atau vena yang dapat memperlambat proses penyembuhan.

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, selama 3x8 jam penulis melakukan implementasi menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri namun tidak ada rasa panas pada luka, dan data objektif pasien tidak terlihat adanya tanda – tanda infeksi pada luka seperti kemerahan, adanya pembengkakan, luka tampak bersih, dan data objektif pasien kooperatif dan dapat menjelaskan kembali, mengajarkan cara memeriksa luka operasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan bersedia dan dapat luka jahitan + 30 cm dengan data objektif pasien kooperatif dengan tanda – tanda vital tekanan darah tekanan darah 115/85 mmHg, nadi 90 x /menit, RR 20x/menit, suhu tubuh 36,5 C.

Resiko infeksi dapat terjadi pada pasien dengan luka pasca operasi, terutama pada pasien pasca operasi fraktur ekstremitas bawah. Salah satu

penyebab infeksi luka operasi adalah kurangnya memperhatikan teknik steril dalam perawatan luka, bahwa Infeksi luka operasi merupakan salah satu indikator mutu dari suatu rumah sakit dan sering terjadi dalam waktu 30 hari post operasi.(Yanti *et al.*, 2021). Dalam melakukan perawatan luka dan pemberian pendidikan kesehatan pada pasien yang mengalami kerusakan integritas kulit dapat membantu meningkatkan tingkat kesehatan pada masyarakat. Pada implementasi perawatan luka penulis mendapatkan adanya luka jahitan sepanjang + 30 cm disertai nyeri, tidak adanya luka rembesan pada jahitan serta kemerahan dan pembengkakan pada luka.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan perhari pada Tn.I dan Tn.A dengan mengevaluasi respon pasien untuk mengukur efektifitas asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 x 8 jam pada tanggal 20 februari 2025 – 25 februari 2025, pada evaluasi terakhir di dapatkan :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ,dalam diagnosa ini penulis telah melakukan tindakan medis sesuai dengan tinjauan yang ada untuk mengatasi masalah nyeri tersebut .Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan 3 x8 jam masalah nyeri akut teratasi ,dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa rasa nyeri berkurang.P: Nyeri timbul saat di gerakan ,Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk ,R : pada bagian femur sinistra ,S:skala nyeri 3 dari 1- 10, T: nyeri hilang timbul,pasien mengatakan

daptmemahami cara melakukan teknik relaksasi benson dan dapt melakukan secara mandiri .Data objektif pasien lebih tenang,meringis menurun,pasien kooperatif .Penulis berencana menghentikan intervensi.Pada diagnosa nyeri akut terdapat diagnosa yang muncul yaitu Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis.(PPNI, 2017)

Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal,penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan yang ada untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik selama 3 x 8 jam.Evaluasi yang didapatkan pada masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi ,dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang , pasien sudah bisa duduk dengan bantuan keluarga .Untuk data objektif dibuktikan dengan keadaan pasien yang tampak tenang .Dapat disimpulkan gangguan masalah mobilitas teratasi,penulis merencanakan menghentikan intervensi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ,penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai tinjauan yang ada untuk mengatasi gangguan pola tidur selama 3x 8 jam ,evaluasi pada hari terakhir masalah pada gangguan pola tidur dapat teratasi dengan dibuktikan dengan keluhan sering terjaga menurun pasien.Didapatkan data subyektif pasien sudah dapat merasa lebih rileks dan tenang dikarnakan sebelum tidur pasien menghilangkan faktor stres

yang dapat mengganggu saat tidur. Data objektif pasien tampak tenang dan kooperatif. Penulis merencanakan menghentikan intervensi.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai tinjauan yang ada untuk mengatasi risiko infeksi selama 3 x 8 jam, evaluasi keperawatan pada hari terakhir masalah pada risiko infeksi selama 3 x 8 jam, evaluasi keperawatan pada hari terakhir masalah pada risiko infeksi dapat teratasi dengan dibuktikan pasien sudah paham terkait edukasi dan cara memeriksa luka operasi yang disampaikan oleh perawat, data objektif pasien kooperatif serta tidak terdapat rembesan pada luka jahitannya. Penulis merencanakan menghentikan intervensi.

C. Keterbatasan

Pada saat penulis akan memberikan implementasi mobilisasi dini berupa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk pada hari pertama pasca operasi pembedahan pasien tidak bersedia karena merasa takut sehingga implementasi tersebut tidak dapat dilakukan oleh penulis dan diganti oleh perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pada bab ini penulis menyimpulkan dari asuhan keperawatan pada Tn.I dan Tn.A dengan fraktur femur sinistra selama 3x 8 jam dimulai dari tanggal 20 februari – 25 februari 2025 di ruang baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang antara lain :

1. Fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma cedera tulang dan lemahnya tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga fisik merupakan keadaan tulang itu sendiri, serta fraktur yang terjadi lengkap atau tidak lengkap ditentukan dari jaringan lunak yang ada disekitar tulang. Fraktur dapat menimbulkan berbagai masalah jika tidak ditangani dengan cepat, seperti cedera pada saraf, kerusakan pembuluh darah, komplikasi pada tulang, serta risiko emboli tulang. Selain itu, beberapa masalah yang mungkin muncul termasuk rasa nyeri yang mengganggu dan perdarahan. Fraktur femur adalah diskontinuitas dari femoral shaft yang bisa terjadi akibat trauma secara langsung (kecelakaan lalu lintas atau jatuh dari ketinggian), dan biasanya lebih banyak dialami laki laki dewasa. Apabila seseorang mengalami fraktur pada bagian ini, pasien akan mengalami perdarahan yang banyak dan dapat mengakibatkan penderita mengalami syok. Fraktur femur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik.

2. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Tn.I dan Tn.A didapatkan keluhan nyeri pada paha kaki kiri akibat luka post operasi fraktur ,pasien mengeluh kesulitan dalam bergerak ,serta terdapat luka jahitan pada paha kaki kiri sepanjang + 30 cm.Dengan ekspresi wajah meringis,gelisah dan lesu.

3. Prioritas masalah dan diagnosis keperawatan

Diagnosa yang ditegakan berdasarkan hasil pengkajian data focus pada Tn.I dan Tn.A didapatkan nyeri akut b.d agen pencedera fisik ,gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal,resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dan proses dalam melakukan asuhan keperawatan .Dalam penulisan hasil evaluasi penulis menggunakan metode SOAP,Dimana hasil dari ketiga diagnose yang dipastikan semuanya dapat teratasi .Dibuktikan dengan skala nyeri dapat menurun dari skala 6 – 3 dari 1-10,mobilisasi yang meningkat,serta cara mencegah dan mengurangi ancaman Kesehatan yang semakin meningkat.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman actual penulis memberikan asuhan keperawatan pasien Tn.I dan Tn.A yang mengalami halusinasi penulis memberikan saran bermanfaat sebagai berikut :

3. Bagi Institusi Pendidikan dan Profesi Keperawatan

Diharapkan institusi Pendidikan prodi diploma III keperawatan dapat memberikan bimbingan kepada para mahasiswa secara efektif dan optimal, agar dapat melakukan asuhan keperawatan secara maksimal.

4. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan untuk kedepanya waktu praktek dan penelitian penugasan KTI agar tidak dijadikan satu dengan waktu praktek agar pembuatan dapat dilakukan secara maksimal.

5. Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan untuk keluarga pasien lebih pengertian dan bersabar saat berhadapan dengan anggota keluarga yang sedang mengalami pemulihan post operasi fraktur femur sinistra guna untuk mempercepat pemulihan pasien.

6. Bagi Masyarakat

Diharapkan Masyarakat dapat mengetahui strategi pelaksanaan yang di berikan pada pasien pasca operasi fraktur femur sinistra.

DAFTAR PUSTAKA

- Handinata, I., HS, S. A. S., & Inayati, A. (2024). Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Bedah Khusus Rsud Jenderal Ahmad Yani Metro Application. *Cendekia Muda*, 4(3), 407–415. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/606/411>
- Hartati Rismauli, N. U. (2022). Jurnal Pendidikan dan Konseling. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 4, 1349–1358.
- 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 Complete. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(10), 1345–1359. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i10.204>
- Jesika, O. B. (2023). Diagnosa Keperawatan sebagai Bagian Penting Dalam Asuhan Keperawatan. *OSF Preprints*, 1–9.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/270/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Penatalaksanaan Fraktur*. 44(8), 1–143. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Latifah, S. (2023). Range of Motion (Rom) Exercises in Post-Operational Patient Post Open Reduction Internal Fixation (Orif) Management. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(3), 1722–1732. <https://doi.org/10.30604/jika.v8i3.2270>
- Maharani, S., & Melinda, E. (2021). Implementasi Terapi Murrotal Dan Relaksasi Napas Dalam Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Akut. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 8(3), 255–262. <https://doi.org/10.33024/jikk.v8i3.4293>
- Manullang, P. S. (2020). Implementasi Asuhan Keperawatan. *Osf.Io*, 2001, 1–7. <https://osf.io/md3qj/download>
- Ns. Mersi Ekaputri, S.Kep., M. K., Giri Susanto, S.Kep., Ners., M. K., Paryono, S.Kep, Ns, M. K., Ns. Dwi Prima Hanis Kusumaningtiyas, S.Kep., M. K., Ns. Aisyah, S. Kep., M. K., Muhammad Farhan Al Farisi, S.Kep., Ners., M. K., Ns. Naryati, S.Kep., M. K., Sulistia Nur, S.Kep., Ners., M. K., & Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., P. . (2024). *PROSES KEPERAWATAN: KONSEP, IMPLEMENTASI, DAN EVALUASI* (M. Tahta (ed.); Cetakan Pe). Tahta Media grup. <http://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/989>

- Ns.Mohamad Arifin Noor , S.Kep, M. K. (2024). *Holistik Modul Lab Benson dan Otot progresif Praktikum Skill Lab Keperawatan Menjelang Ajal Dan Paliatif* (P. Unissula (ed.)). UNISSULA PRESS.
- Nur Hidayat, Abdul Malik, A., & Nugraha, Y. (2022). Pendampingan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal (Fraktur Femur) di Ruang Anggrek RSUD Kota Banjar. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(1), 52–87. <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v2i1.52>
- Nurhayati, N., Marianthi, D., Desiana, D., & Maulita, R. (2022). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i1.9>
- Pelaksanaan, D., Dan, M., & Dini, A. (2020). *cross sectional*. 2, 61–70.
- 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.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (2nd ed.). Dewan Pengurus Persatuan Perawat Indonesia.
- Rahman, I. A., & Dewi, R. L. (2023). Intervensi Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Unstable Angina Pectoris. *Jurnal Keperawatan*, 15(1), 33–39. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Ramadhanti, R. I., Wibowo, T. H., & Burhan, A. (2023). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Post Operasi Open Reduction Internal Fixation. *Journal of Management Nursing*, 2(4), 246–252. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i4.116>
- Rustikarini, W., Santoso, T. B., & Pradana, A. (2023). Management Penanganan Fisioterapi Pada Kasus Post Orif Femur Dextra EC. Fraktur Femur Dextra Di PKU Bantul Yogyakarta. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 3(1), 4631–4640. <https://bajangjournal.com/index.php/JIRK/article/view/5806/4356>
- Siregar, F. N. (2020). Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan. *Ilmu Keperawatan*, 1. <https://osf.io/59jbz/download/?format=pdf>
- Sumarno, K. M., & Abirama, A. (2025). *Close fracture collum os femur dextra*.

9(April), 297–304.

Suryati, S. (2024). *Etika Keperawatan*. Pt.Sonpedia Publishing Indonesia.

Yanti, D. A. M., Anggraini, S., & Yatmi, S. (2021). Hubungan Teknik Steril Perawatan Luka Dengan Infeksi Post Operasi Seksio Sesarea. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 9(2), 82–91. <https://doi.org/10.47218/jkpbl.v9iNo>

Zailani, R. M. S., & Anisah, S. (2024). Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Terhadap Penerapan Prinsip Etika Keperawatan (Non-maleficience, Beneficience, Justice) Dalam Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK.II Moh. Ridwa Meuraksa. *Malahayati Nursing Journal*, 6(1), 392–406. <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i1.10623>

Zefrianto, D., Sari, S. A., Inayati, A., Dharma, A. K., & Metro, W. (2024). Implementation of Benson’S Relaxation To the Post Surgery Post Fracture Patients in the Special Surgery Room General Hospital Ahmad Yani Metro City in 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(2).

