

**KARYA TULIS AKHIR**

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI BENSON DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP* FRAKTUR FEMUR  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN BEDAH *TRAUMA*  
CENTER RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



**Oleh:**

**ELYA KHAIRATUNNISA, S.Tr.Kep  
NIM. 243410013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025**

KARYA TULIS AKHIR

PENERAPAN TERAPI RELAKSASI BENSON DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OF FRAKTUR FEMUR*  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN BEDAH *TRAUMA*  
CENTER RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Diajukan ke Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes  
Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



Oleh:

ELYA KHAIRATUNNISA, S.Tr, Kep  
NIM. 243410013

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi Releksasi Binaan Dalam Aturah Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut Di Ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil, Padang

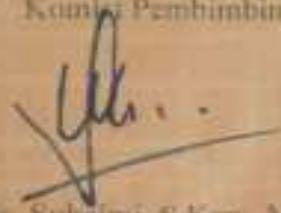
Nama : Elya Khairutunnisa

NIM : 243410013

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Pengajar Prodi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 23 Mei 2025

Komisi Pembimbing:



(Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep)

NIP 19690715 199805 1 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvius Meutia, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIP 19980423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi Reaksiasi Benson Dalam Analisa Kepetunjukan Pada Pasien Post-Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut Di Rumah Sakit Hediah Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang

Nama : Elvia Khairiatunisa

NIM : 243410013

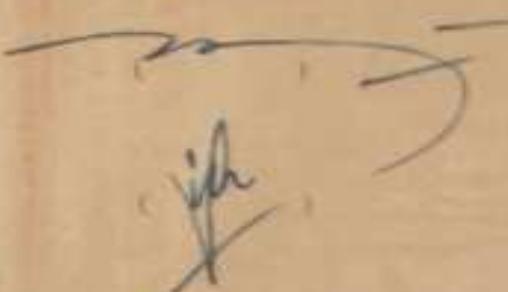
Telah berhasil disertifikasi di hadapan Dewan Pengaji Karya Tulis Akhir dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Kepenurutan Kemenkes Poltekkes Padang.

## DEWAN PENGUJI

Ketua pengaji : Ns. Meta Agni Ciptaun, Sp.KepMB



Anggota pengaji : Ns. Neni, S.Kep, M.Pd, M.Kep



Anggota pengaji : Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep

Padang, 20 Juni 2025

Kota Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Meni, S.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIP. 198004232002122001

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Elya Khairatunnisa  
NIM : 243410013  
Tempat/Tanggal Lahir : Payakumbuh/ 03 Mei 2002  
Tahun Masuk Profesi : 2024  
Nama PA : Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep  
Nama Pembimbing KTA : Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir Ilmiah saya, yang berjudul: Penempatan Terapi Relaksasi Bensos Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut Di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil. Padang.

Jika di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penipian (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 23 Mei 2025  
Yang Membuat Pernyataan



Elya Khairatunnisa, S.Tr.Kep  
NIM. 243410013

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala nikmat dan rahmat-Nya yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhluk-Nya. Salawat serta salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan hidayah-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya tulis Akhir ini dengan judul **“Penerapan Terapi Relaksasi Benson Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut di Ruangan Trauma Center RSUP Dr M. Djamil Padang”** yang merupakan syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya atas bimbingan dan bantuan Bapak Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan saran atas pembuatan Karya Tulis Akhir (KTA) ini. Ucapan terima kasih ini juga ditujukan kepada :

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG (K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberi izin dalam pelaksanaan Praktek Magang Profesi Ners.
2. Ibu Renidayati, M.Kep., Sp. Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
3. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Bapak dan Ibu dosen beserta Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang yang telah memberikan ilmu, dukungan, masukan dan semangat dalam pembuatan Karya Tulis Akhir ini.
6. Kepada Teman-teman dan sahabat yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis, khususnya Kelas Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang.
7. Terutama kepada orang tua saya Ayahanda tercinta Yarisman, S.Pd dan Ibunda tercinta Elza Putrida, S.Pd telah menjadi orang tua yang sangat luar biasa untuk saya yang telah mengorbankan waktu, tenaga, dan uang untuk membiayai saya dari awal Sekolah Dasar hingga ke Perguruan Tinggi, selalu mendukung, selalu mendoakan, memberikan kasih sayang yang luar

biasa sehingga selalu ada motivasi untuk mengerjakan dan menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

8. Untuk kedua saudara saya Elya Latifatul Hasannah dan Elya Marsya Alzahra telah memberikan semangat dan motivasi yang tiada henti baik nasehat, masukan, dan arahan dalam setiap langkah hidup saya.
9. Teruntuk yang paling spesial, Mulyana Dwi Firza, Aqilah Khairifka Zain, dan Chyntia Ramadhana Fahira, terima kasih atas segala dukungan, motivasi, doa, dan tawa canda selama menempuh studi di Padang, terima kasih telah menjadi tempat berkeluh kesah dan bersabar menghadapi tingkah laku saya.
10. Terakhir, saya sangat berterima kasih kepada diri saya sendiri, Elya Khairatunnisa. Terimakasih telah bertahan dalam menikmati proses panjang penulisan skripsi ini. Terimakasih telah melewati berbagai hambatan dalam penggerjaan dan revisi untuk menyelesaikannya. Terimakasih telah bekerja keras siang dan malam bahkan lembur hingga pagi untuk menyelesaikan Karya Tulis Akhir, ini menjadi hal yang patut di apresiasi dan dibanggakan untuk diri sendiri.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membala segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan, penulis berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, Mei 2025

Penulis

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2025  
Elya Khairatunnisa, S. Tr. Kep**

**Penerapan Terapi Relaksasi Benson Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut di Ruangan Bedah Trauma Center RSUP Dr M.Djamil Padang**

**Isi : xv + 85 Halaman, 10 Tabel, 1 Bagan, 3 Gambar, 9 Lampiran**

**ABSTRAK**

Fraktur femur merupakan salah satu kasus ortopedi yang sering menimbulkan nyeri akut, terutama pasca operasi. Nyeri yang tidak tertangani secara optimal dapat mengganggu kenyamanan, membatasi mobilitas, dan memperlambat proses penyembuhan pasien. Salah satu pendekatan non-farmakologis yang dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan adalah terapi relaksasi benson. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi penerapan terapi relaksasi benson terhadap penurunan rasa nyeri pada pasien fraktur femur di ruangan bedah Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan metode studi kasus. Asuhan keperawatan diberikan dari tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025. Instrumen menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Populasi terdiri dari 8 pasien post op ai fraktur femur selama 3 minggu pelaksanaan magang, dengan dua sampel dipilih melalui teknik *purposive sampling* sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.

Hasil menunjukkan kedua pasien mengalami masalah nyeri akut. Intervensi berupa manajemen nyeri dan terapi relaksasi benson selama 5 hari, dua kali sehari dengan durasi 10–15 menit, terjadi penurunan rasa nyeri terhadap kedua pasien fraktur femur, pada partisipan 1 dari skala nyeri 7 menurun menjadi skala 2, pada partisipan 2 dari skala nyeri 6 menurun menjadi skala 3.

Disarankan kepada pihak rumah sakit untuk menerapkan terapi relaksasi benson sebagai bagian dari intervensi non-farmakologis dan tindakan keperawatan mandiri dalam menurunkan skala nyeri pasien *post op* fraktur femur.

Kata Kunci: Fraktur Femur, Nyeri, Terapi Relaksasi Benson  
Daftar Pustaka: 43 (2015-2024)

**KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC  
NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

***Final Paper, June 2025***  
**Elya Khairatunnisa, S. Tr. Kep**

**Application of Benson Relaxation Therapy in Nursing Care for Post Op Femur Fracture Patients with Acute Pain in the Trauma Center Surgery Room Dr. M.Djamil Padang Hospital**

**Content : xv + 85 pages, 8 tables, 1 charts, 5 images, 9 attachments**

**ABSTRACT**

Femur fracture is one of the orthopedic cases that often causes acute pain, especially postoperatively. Pain that is not managed optimally can interfere with comfort, limit mobility, and slow down the patient's healing process. One of the non-pharmacological approaches that can be applied in nursing care is benson relaxation therapy. The purpose of this study was to evaluate the application of benson relaxation therapy to reduce pain in femur fracture patients in the Trauma Center Surgical Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.

This type of research is descriptive with a case study method. Nursing care was provided from April 21, 2025 - May 10, 2025. Instrument using Numeric Rating Scale (NRS). The population consisted of 8 post op femur fracture patients during the 3 weeks of internship implementation, with two samples selected through purposive sampling technique according to the inclusion and exclusion criteria.

The results showed that both patients experienced acute pain problems. Intervention in the form of pain management and benson relaxation therapy for 5 days, twice a day with a duration of 10-15 minutes, there was a decrease in pain for both patients with femur fractures, in participant 1 from pain scale 7 decreased to scale 2, in participant 2 from pain scale 6 decreased to scale 3.

It is recommended to the hospital to apply benson relaxation therapy as part of non-pharmacological interventions and independent nursing actions in reducing the pain scale of post op femur fracture patients.

Keywords: Femur Fracture, Pain, Benson Relaxation Therapy  
Bibliography: 43 (2015-2024)

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	7
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Fraktur Femur.....	9
B. Konsep Nyeri.....	21
C. Konsep Terapi Relaksasi Benson .....	28
D. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur.....	31
E. <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN) .....	42
F. Analisis Jurnal .....	44
<b>BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR</b> .....	<b>47</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	47
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	47
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN.....	47
D. Populasi dan Sampel.....	48
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data.....	49
F. Instrumen Pengumpulan Data .....	50
G. Prosedur Karya Tulis Akhir.....	51
H. Analisa Data.....	52

<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>53</b>
A. Hasil.....	53
B. Pembahasan .....	69
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>82</b>
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran .....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>84</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>87</b>

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Benson .....	30
Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan.....	37
Tabel 2. 3 Analisis PICO .....	44
Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan.....	53
Tabel 4. 2 Diagnosa Keperawatan .....	61
Tabel 4. 3 Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan.....	68

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 <i>Pathway Fraktur</i> .....	17
---	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Femur .....	10
Gambar 2. 2 <i>Visual Analog Scale</i> .....	26
Gambar 2. 3 <i>Numeric Rating Scale</i> .....	27
Gambar 4. 1 Grafik Line Sebelum Dan Sesudah Penerapan.....	77
Gambar 4. 2 Grafik Line Sebelum Dan Sesudah Penerapan .....	78

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Gantt Chart KTA
- Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 3 : Lembar Bimbingan KTA
- Lampiran 4 : SOP Relaksasi Benson
- Lampiran 5 : Media Sosialisasi Relaksasi Benson
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Kepada Responden
- Lampiran 7 : *Informed Consent*
- Lampiran 8 : Askep Partisipan 1 dan Partisipan 2
- Lampiran 9 : Dokumentasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Fraktur atau patah tulang yaitu terputusnya kontinuitas jaringan tulang karena tekanan eksternal lebih besar dari itu diserap oleh tulang (Astari et al., 2023). Fraktur dapat terjadi karena berbagai penyebab, baik trauma langsung maupun tidak langsung, seperti kecelakaan lalu lintas dan jatuh dari ketinggian, yang umum terjadi pada berbagai kelompok usia dan sering ditemukan pada pasien rawat inap, atau akibat kondisi patologis seperti osteoporosis. Di antara jenis fraktur yang sering dijumpai, fraktur femur merupakan salah satu yang paling serius karena melibatkan tulang terbesar dan terkuat dalam tubuh manusia, yaitu tulang paha (Almigdad et al., 2022).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 cedera di jalan raya yaitu sebanyak 31,4%. Sedangkan kejadian kecelakaan lalu lintas di Indonesia terjadi sebanyak 2,2% yang mana kecelakaan lalu lintas yang tinggi di Sulawesi Utara sebanyak 3,6% di Sulawesi Selatan sebanyak 3,3% Sulawesi Tengah sebanyak 3,2% di Sumatera Barat sebanyak 2,4% dan paling rendah di Jambi sebanyak 1,1%. (Risksdas, 2018). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Sumatera Barat 2024, jumlah kasus kecelakaan di Sumatera Barat pada tahun 2024 sebanyak 3.423 kasus, hal ini menurun dibandingkan dengan angka kejadian tahun 2023 mencapai 3.740 kasus kecelakaan. Kota Padang merupakan angka kejadian terbanyak dengan 649 kejadian, diikuti Pasaman Barat 427 kasus, dan Padang Pariaman 389 kasus (BPS, 2024).

Secara global, data dari WHO menunjukkan bahwa insiden fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 13 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Fraktur pada tahun 2019 terjadi kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2% dan pada tahun 2018 kasus fraktur menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Handinata, 2024). Prevalensi fraktur di Indonesia berdasarkan hasil riset

kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 yaitu 5,5%. Kasus fraktur tertinggi di Indonesia adalah Provinsi Bangka Belitung sebesar 9.1%, Provinsi Kalimantan Utara sebesar 8.1%, Provinsi Aceh sebesar 7.9% dan Sumatera Barat 5.6%. Prevalensi cedera menurut bagian tubuh, cedera pada bagian ekstremitas bawah memiliki prevalensi tertinggi yaitu 67,9% dan cedera pada bagian ekstremitas atas 32,7% (Riske das, 2018).

Femur merupakan tulang terbesar dan terkuat dalam tubuh manusia, yang berfungsi menopang berat badan dan memfasilitasi pergerakan tubuh bagian bawah. Ketika mengalami fraktur, pasien akan mengalami nyeri hebat, gangguan mobilitas, dan berisiko tinggi mengalami komplikasi, terutama bila tidak mendapatkan penanganan medis yang tepat dan cepat (Fransiska et al., 2024). Fraktur femur adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang / osteoporosis (Suriya & Zuriati, 2019).

Berdasarkan jenisnya, fraktur femur terbagi menjadi dua kategori utama, yaitu fraktur femur tertutup (*closed fracture femur*) dan fraktur femur terbuka (*open fracture femur*). Pada fraktur femur tertutup, patahan tulang tidak menembus kulit dan jaringan lunak sekitarnya tetap utuh. Sementara itu, fraktur femur terbuka ditandai dengan robeknya kulit sehingga ujung tulang tampak menonjol keluar, dan kondisi ini memiliki risiko infeksi yang tinggi serta memerlukan penanganan segera secara bedah dan antibiotik profilaksis (Shukla et al., 2023; Soeharto et al., 2022).

Salah satu jenis fraktur femur yang umum ditemukan adalah *closed fracture femur*, yaitu patah tulang paha tanpa adanya luka terbuka pada kulit. *Closed fracture femur* biasanya disebabkan oleh benturan langsung atau gaya rotasi berlebih yang menyebabkan tekanan ekstrim pada tulang paha. Pada kondisi ini, meskipun tidak tampak luka di permukaan kulit, jaringan lunak di sekitar tulang seperti otot, pembuluh darah, dan saraf tetap bisa mengalami kerusakan signifikan akibat trauma. Hal ini menyebabkan nyeri hebat, pembengkakan,

keterbatasan gerak, hingga deformitas pada ekstremitas bawah (Suriya & Zuriati, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUP Dr. M. Djamil Padang, angka kejadian fraktur femur selama satu tahun terakhir tercatat sebanyak 186 kasus. Sementara itu, pada periode 21 April hingga 10 Mei, jumlah pasien dengan diagnosis fraktur yang dirawat di ruang Trauma Center Instalasi Rawat Inap Bedah sebanyak 46 orang. Dari jumlah tersebut, sebanyak 8 kasus merupakan fraktur femur (RSUP Dr. M Djamil Padang, 2024).

Pasien dengan fraktur femur, terutama pasca operasi, umumnya mengalami nyeri akut yang sangat mengganggu kenyamanan, aktivitas, dan proses penyembuhan. Nyeri muncul sebagai respon terhadap trauma tulang, robekan jaringan lunak, tekanan akibat edema, serta proses inflamasi. Pada proses ini, mediator inflamasi seperti prostaglandin dan zat P dilepaskan ke jaringan yang rusak dan menstimulasi nosiseptor (reseptor nyeri). Stimulasi ini kemudian diteruskan melalui serabut saraf perifer menuju sumsum tulang belakang, dan selanjutnya ke otak melalui jalur spinotalamik. Di otak, impuls ini diproses di korteks serebri sebagai sensasi nyeri yang dapat dirasakan secara sadar oleh individu. Nyeri fraktur femur tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga berdampak pada psikologis pasien, seperti munculnya kecemasan, ketakutan, bahkan depresi (Tamsuri, 2021).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (IASP, 2020). Nyeri merupakan sensasi peringatan bagi otak terhadap stimulus yang menyebabkan kerusakan jaringan tubuh. Walaupun rasa sakit merupakan suatu sensasi, namun rasa sakit memiliki komponen kognitif dan emosional yang digambarkan dalam bentuk penderitaan (Rahayu, 2023).

Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan secara farmakologi dan nonfarmakologi. Kombinasi antara teknik farmakologi dan non-farmakologi

merupakan cara yang cukup efektif untuk mengurangi rasa nyeri. Salah satu pendekatan non-farmakologi yang dapat digunakan adalah teknik relaksasi Benson (Permatasari & Sari, 2022).

Terapi relaksasi Benson menyebabkan tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Keadaan rileks ini akan diteruskan ke hipotalamus untuk merangsang pelepasan corticotropin releasing factor (CRF). CRF akan memicu kelenjar pituitari menghasilkan proopiomelanocortin (POMC), yang kemudian meningkatkan produksi enkephalin di medula adrenal. Selain itu, kelenjar pituitari juga akan menghasilkan  $\beta$ -endorfin, yaitu neurotransmitter yang berperan sebagai analgesik alami tubuh. Endorfin dan enkephalin bekerja dengan menghambat impuls nyeri di sistem saraf pusat, sehingga rangsangan nyeri tidak mencapai kesadaran. Akibatnya, persepsi terhadap nyeri menurun dan pasien merasa lebih nyaman (Wardani, 2024).

Teknik relaksasi Benson merupakan pengembangan dari teknik nafas dalam dengan faktor keyakinan pasien. Teknik relaksasi Benson merupakan pengalihan rasa nyeri pasien dengan lingkungan yang tenang dan badan yang rileks (Permatasari & Sari, 2022). Terapi ini dikembangkan oleh Dr. Herbert Benson, seorang dokter dari Harvard Medical School, dan telah terbukti efektif dalam menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik, memperlambat denyut jantung, menurunkan tekanan darah, serta meningkatkan sekresi endorfin yang dapat mengurangi persepsi nyeri (Benson & Stark, 2020). Pada relaksasi ini diperlukan konsentrasi pemikiran seseorang. Relaksasi ini merupakan penggabungan antara teknik respons relaksasi dan sistem keyakinan individu/faith factor (difokuskan pada ungkapan tertentu berupa nama-nama Tuhan atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri) yang diucapkan berulang-ulang dengan ritme teratur disertai sikap pasrah (Zefrianto et al., 2024).

Relaksasi Benson tergolong mudah dilakukan, tidak membutuhkan peralatan khusus, dan bisa diajarkan secara langsung kepada pasien oleh perawat. Teknik ini umumnya dilakukan dengan menempatkan pasien dalam posisi yang nyaman, memejamkan mata, menarik napas dalam perlahan, dan mengulang kata atau frasa seperti "Laa ilaha illallah", "Astaghfirullah", dan "Alhamdulillah" selama beberapa menit sambil melepaskan pikiran dari distraksi eksternal. Praktik ini dapat dilakukan 1–2 kali sehari selama 10–20 menit untuk mendapatkan manfaat optimal (Ayuniara, 2024).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Wardani, 2024) yang berjudul "Penerapan Terapi Benson pada Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur dengan Nyeri Akut" setelah dilakukan intervensi didapatkan hasil terdapat penurunan skala nyeri dengan Teknik Relaksasi Benson pada pasien fraktur femur dari nyeri skala 5 menjadi 3. Terapi relaksasi benson ini dilakukan selama 2 kali dalam sehari dengan durasi pemberian 10 – 15 menit.

Sedangkan berdasarkan penelitian (Zefrianto et al., 2024) yang berjudul "Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Bedah Khusus 3 rsud Jend. Ahmad Yanir Kota Metro Tahun 2023" Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan relaksasi benson selama 2 hari dengan waktu 15 menit, terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek penerapan, yaitu subjek I dari skala nyeri 6 (enam) menjadi 4 (empat) dan pada subjek II dari skala nyeri 5 (lima) menjadi 3 (tiga). Bagi pasien yang mengalami masalah nyeri hendaknya dapat melakukan penerapan relaksasi benson secara mandiri untuk membantu menurunkan skala nyeri sehingga memberikan rasa nyaman pada pasien.

Adapun RSUP Dr. M. Djamil Padang dijadikan sebagai pilihan untuk melakukan penelitian dikarenakan terdapat berbagai penyakit kompleks salah satunya fraktur femur yang banyak dirujuk ke rs ini, karena menjadi RS tipe A yang ada di Sumatera Barat dan Rumah sakit ini merupakan rumah sakit pemerintah yang merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera

Bagian Tengah. Dan terapi non – farmakologi yang biasanya digunakan di RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien adalah terapi relaksasi nafas dalam, terapi dzikir, terapi murottal, terapi genggam jari, terapi autogenik, dan terapi benson.

Berdasarkan uraian diatas, mengingat pentingnya penatalaksanaan tindakan non farmakologis dalam perubahan intensitas nyeri pasien fraktur femur, penulis melakukan studi kasus tentang “Penerapan Terapi Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Rasa Nyeri Pada Pasien *Post Op* Fraktur Femur Di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang” yang diharapkan mampu mengetahui pengaruh terapi relaksasi benson pada pasien fraktur femur sehingga nantinya perawat dapat menggunakan tindakan alternatif guna mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana penerapan terapi relaksasi benson terhadap penurunan rasa nyeri pada pasien *post op* fraktur femur di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2025 ?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Karya Tulis Akhir ini bertujuan mendeskripsikan penerapan intervensi Terapi Relaksasi Benson dalam Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *post op* fraktur femur sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien *post op* fraktur femur yang dilakukan penerapan Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien *post op* fraktur femur yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien *post op* fraktur femur sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien *post op* fraktur femur yang dilakukan penerapan Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri di ruang rawat Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien *post op* fraktur femur yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Menganalisis penerapan intervensi Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **D. Manfaat**

### **1. Manfaat Aplikatif**

Hasil tugas akhir ners ini dapat digunakan sebagai salah satu terapi non farmakologis pada pasien *post op* fraktur femur yang mengalami masalah nyeri dengan memberikan intervensi Terapi Relaksasi Benson di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

Hasil tugas akhir ners ini dapat digunakan sebagai referensi oleh mahasiswa ataupun pendidikan pada bidang ilmu terutama tentang analisis asuhan keperawatan dengan masalah nyeri fraktur femur dengan memberikan intervensi Terapi Relaksasi benson untuk menurunkan nyeri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

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

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

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang, baik bersifat total maupun sebagian yang ditentukan berdasarkan jenis dan luasnya. Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri, dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan kondisi fraktur tersebut (Suriya & Zuriati, 2019).

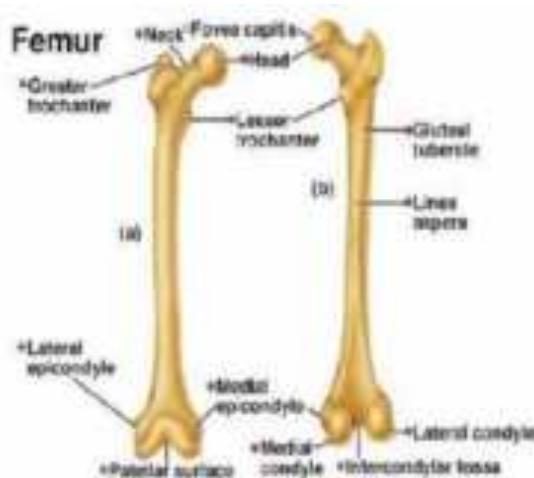
Fraktur atau patah tulang merupakan kondisi medis yang ditandai dengan hilangnya kontinuitas struktur tulang akibat trauma, tekanan berlebih, atau kondisi patologis seperti osteoporosis. Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tulang, tetapi umumnya menyerang tulang panjang seperti femur, tibia, dan radius (Astari et al., 2023).

Fraktur femur adalah rusaknya kontinuitas tulang pangkal paha yang dapat disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, kondisi-kondisi tertentu seperti degenerasi tulang / osteoporosis. Hilangnya kontinuitas tulang paha tanpa atau disertai adanya kerusakan jaringan lunak seperti otot, kulit, jaringan saraf dan pembuluh darah (Suriya & Zuriati, 2019).

##### **2. Anatomi Fisiologi**

Persendian panggul merupakan bola dan mangkok sendi dengan acetabulum bagian dari femur, terdiri dari : kepala, leher, bagian terbesar dan kecil, trokhanter dan batang, bagian terjauh dari femur berakhir pada kedua kondilas. Kepala femur masuk acetabulum. Sendi panggul dikelilingi oleh kapsula fibrosa, ligamen dan otot. Suplai darah ke kepala femoral merupakan hal yang penting pada fraktur hip. Suplai darah ke femur bervariasi menurut usia. Sumber utamanya arteri retikuler posterior,

nutrisi dari pembuluh darah dari batang femur meluas menuju daerah tronkhanter dan bagian bawah dari leher femur (Suriya & Zuriati, 2019).



**Gambar 2. 1 Femur**

### 3. Klasifikasi

#### a. Berdasarkan tempat

Berdasarkan tempatnya yaitu : Fraktur femur, humerus, tibia, clavicula, ulna, radius, cruris dan yang lainnya

#### b. Jenis Fraktur Femur

Patah tulang femur bervariasi berdasarkan jenis cedera yang dialami, cara patah tulang, dan lokasi patah. Poros tulang paha dibagi menjadi tiga bagian dan lokasi cederanya mungkin meliputi:

- 1) Fraktur femur proksimal melibatkan bagian atas tulang, di sebelah sendi panggul
- 2) Fraktur batang femoralis melibatkan bagian tengah tulang dan biasanya merupakan cedera yang sangat parah
- 3) Fraktur femur supracondylar melibatkan area tepat di atas lutut dan jarang terjadi

#### c. Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur:

- 1) Fraktur komplit (garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang).
- 2) Fraktur tidak komplit (bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang)

- d. Berdasarkan bentuk dan jumlah garis patah:
  - 1) Fraktur Komunitif: fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
  - 2) Fraktur Segmental: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
  - 3) Fraktur Multiple: fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
- e. Berdasarkan posisi fragmen :
  - 1) Fraktur Undisplaced (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
  - 2) Fraktur Displaced (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen.
- f. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan).
  - 1) Fraktur Tertutup (Closed)

Bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:

    - a) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
    - b) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan
    - c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
    - d) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindrom kompartemen.
  - 2) Fraktur Terbuka (Open/Compound)

Bila terdapat hubungan antara hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit.

    - a) Grade I: dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur simple transverse dan fraktur oblik pendek.

- b) Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan dekontaminasi.
- c) Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.
- d) Grade III ini dibagi lagi kedalam:
  - i. III A: fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya.
  - ii. III B: fraktur grade III, hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuhkan kulit untuk penutup (skin graft).
  - iii. III C: fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki, dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.
- g. Berdasarkan bentuk garis fraktur dan hubungan dengan mekanisme trauma:
  - 1) Fraktur Transversal Fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
  - 2) Fraktur Oblik Fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.
  - 3) Fraktur Spiral Fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
  - 4) Fraktur Kompresi Fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
  - 5) Fraktur Avulsi Fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang (Suriya & Zuriati, 2019).

#### **4. Etiologi**

Etiologi dari fraktur menurut Suriya dan Zuriati, 2019 ada 3 yaitu:

- a. Cidera atau benturan

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit diatasnya.
  - 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
  - 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.
- b. Fraktur patologis
- Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.
- c. Fraktur beban
- Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang- orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru diterima dalam angkatan bersenjata atau orang- orang yang baru mulai latihan lari.

## 5. Manifestasi Klinis

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di immobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah bukannya tetap rigid seperti normalnya, pergeseran fragmen pada fraktur menyebabkan deformitas, ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas yang normal. Ekstremitas tak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur panjang terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.

- d. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasanya baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera (Suriya & Zuriati, 2019).

## 6. Patofisiologi

Ketika patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematom pada kanal medul antara tepi tulang bawah periosteum dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur. Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang (Suriya & Zuriati, 2019).

Perubahan fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah mengakibatkan pendarahan yang biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak di sekitar tulang tersebut, maka dapat terjadi penurunan volume darah dan jika COP menurun maka terjadilah perubahan perfusi jaringan. Selain itu perubahan perfusi perifer dapat terjadi akibat dari edema di sekitar tempat patahan sehingga pembuluh darah di sekitar mengalami penekanan dan berdampak pada penurunan perfusi jaringan ke perifer (Susilawati, 2024).

Hematom yang terbentuk biasa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk kedalam pembuluh darah yang mensuplai organ-organ yang lain. Hematoma menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamin pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke interstitial. Hal ini

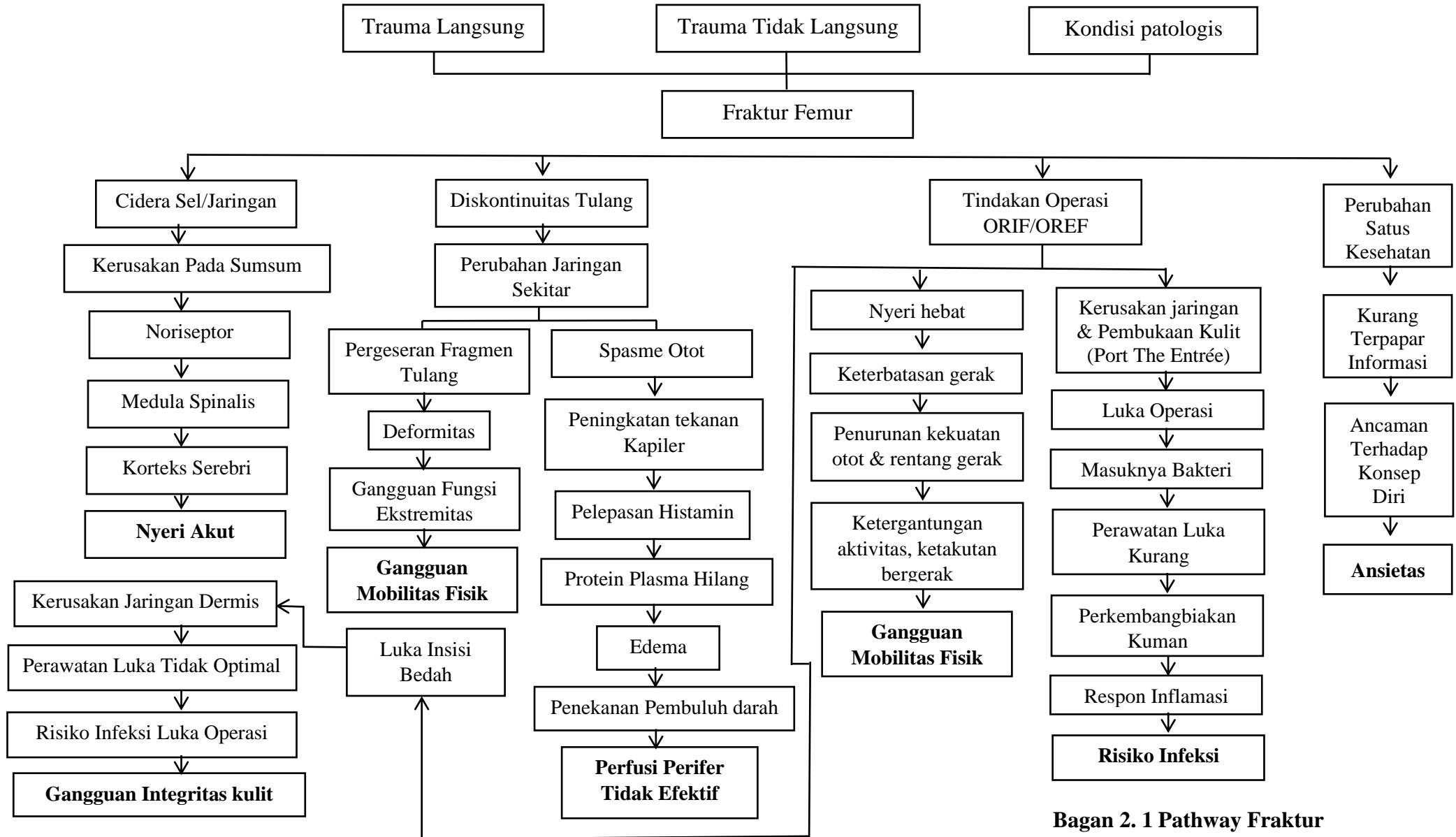
menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung saraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan syndrom comportement (Suriya & Zuriati, 2019).

Akibat terjadinya hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan pembengkakan di daerah fraktur yang menyebabkan terhambatnya dan berkurangnya aliran darah ke daerah distal yang berisiko mengalami disfungsi neuromuskular perifer yang ditandai dengan warna jaringan pucat, nadi lemah, sianosis, kesemutan di daerah distal (Susilawati, 2024).

Nyeri pada fraktur juga dapat diakibatkan oleh fraktur terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya fraktur mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplai darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok hipovolemik (Susilawati, 2024).

Adanya fraktur atau patah tulang menyebabkan pergeseran fragmen tulang maka timbul respon dari nyeri, sehingga menyebabkan nyeri akut. Tindakan pembedahan baik internal maupun eksternal fiksasi, menimbulkan nyeri dan membutuhkan perawatan post operasi, maka menyebabkan gangguan mobilitas fisik (Cahyani, 2023).

## 7. Pathway Fraktur



Bagan 2. 1 Pathway Fraktur

Sumber : (Haryono & Utami, 2019)

## 8. Komplikasi

### a. Komplikasi Awal

Komplikasi awal setelah fraktur adalah kejadian syok, yang berakibat fatal hanya dalam beberapa jam setelah kejadian, kemudian emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam, serta sindrom kompartemen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas secara permanen jika terlambat ditangani (Suriya & Zuriati, 2019).

#### 1. Kerusakan Vaskular

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

#### 2. Sindrom Kompartemen

Sindrom kompartemen merupakan komplikasi serius yang terjadi karena otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah terjebak dalam jaringan parut. Kondisi ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah. Selain itu, juga disebabkan oleh adanya tekanan dari luar, misalnya bidai dan pembebatan yang terlalu kuat.

#### 3. Fat Embolism Syndrome

Fat embolism syndrome (FES) merupakan komplikasi serius yang seringkali terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel lemak yang dihasilkan sumsum tulang kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardia, hipertensi, takipnea, dan demam.

#### 4. Infeksi

Sistem pertahanan tubuh akan rusak jika terdapat trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedik, infeksi dimulai pada kulit (superfisial) dan pada lapisan kulit bagian dalam. Kondisi ini

biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka. Selain itu, juga dapat disebabkan oleh penggunaan bahan lain dalam pembedahan, misalnya pin dan plat.

#### 5. Avaskular Nekrosis

Avaskular nekrosis (AVN) terjadi karena terganggunya aliran darah tulang yang dapat menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dan adanya Volkmann's ischemia.

#### 6. Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang dapat menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur (Rohma, 2015).

### b. Komplikasi Lambat

Komplikasi lambat dalam kasus fraktur adalah penyatuan tulang yang mengalami patah terlambat, bahkan tidak ada penyatuan. Hal ini terjadi jika penyembuhan tidak terjadi dalam dengan waktu normal untuk jenis dan fraktur tertentu. Penyatuan tulang yang terlambat atau lebih lama dari perkiraan berhubungan dengan adanya proses infeksi sistemik dan tarikan jauh pada fragmen tulang. Sedangkan tidak terjadinya penyatuan diakibatkan karena kegagalan penyatuan pada ujung-ujung tulang yang mengalami patahan (Suriya & Zuriati, 2019).

- 1) Delayed Union Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.
- 2) Nonunion Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. Nonunion ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

- 3) Malunion Merupakan penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas) (Rohma, 2015).

## 9. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur: menentukan lokasi, luasnya
- b. Pemeriksaan jumlah darah lengkap
- c. Arteriografi: dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai
- d. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk kliens ginjal
- e. Scan tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak (Suriya & Zuriati, 2019).

Menurut (Susilawati, 2024) pemeriksaan diagnostik pada pasien fraktur yaitu:

- a. Pemeriksaan radiologi

Berbagai pemeriksaan radiologi antara lain foto polos tulang, foto polos dengan media kontras, serta pemeriksaan radiologis khususnya seperti CT scan, MRI, pindai radioisotop, serta ultrasonografi. Pada foto polos tulang perlu diperhatikan keadaan densitas tulang baik setempat maupun menyeluruh, keadaan korteks dan medula, hubungan antara kedua tulang pada sendi, kontinuitas kontur, besar rangka sendi, perubahan jaringan lunak, pemeriksaan foto polos dengan media kontras antara lain sinografi (untuk melihat batas dan lokasi sinus), artografi (untuk melihat batas ruang sendi), mielografi (dengan memasukkan cairan media ke dalam teka spinalis), dan arteriografi (untuk melihat susunan pembuluh darah).

- b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada pasien fraktur yaitu HB Hematokrit rendah akibat pendarahan, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas. Hitung darah lengkap, urin rutin, pemeriksaan cairan serebrospinal, cairan sinovial, AGD, dan pemeriksaan cairan abnormal lainnya.

- c. Pemeriksaan artroskopi  
Memperlihatkan kelainan pada sendi.
- d. Pemeriksaan electrodiagnosis  
Berguna untuk mengetahui fungsi saraf dan otot dengan menggunakan metode elektrik.

## 10. Penatalaksanaan

- a. Reduksi  
Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Reduksi tertutup, mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Alat-alat yang digunakan biasanya traksi, bidai dan alat yang lainnya. Reduksi terbuka, dengan pendekatan bedah. Alat fiksasi interna dalam bentuk pen, kawat, sekrup, plat dan paku.
- b. Imobilisasi  
Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi status neurovaskuler selalu dipantau meliputi peredaran darah, nyeri, perabaan dan gerakan. Perkiraan waktu imobilisasi yang dibutuhkan untuk penyatuan tulang yang mengalami fraktur adalah sekitar 3 bulan
- c. Cara Pembedahan yaitu pemasangan screw dan plate atau dikenal dengan pen merupakan salah satu bentuk reduksi dan imobilisasi yang dikenal dengan Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) (Suriya & Zuriati, 2019).

## B. Konsep Nyeri

### 1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah dilakukan tindakan pembedahan, setiap individu membutuhkan rasa nyaman dan dipersepsi berbeda pada setiap individu. Dikatakan

individual karena respon terhadap sensasi nyeri beragam atau tidak bisa disamakan satu dengan yang lain (Sofiah, 2022).

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional dari individu (Amris, 2019).

## **2. Klasifikasi Nyeri**

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok, antara lain :

a. Berdasarkan jenis nyeri (Anitescu, M., Benzon, H. T., & Wallace, 2017) adalah sebagai berikut :

1) Nyeri Nositif

Ketidaknyamanan akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lendir. Keluhan yang ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir contoh: pasien pasca operasi dan pasien luka bakar.

2) Nyeri Neurogenik

Nyeri karena disfungsi primer sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan. Contohnya pada penderita herpes zoster

3) Nyeri Psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia, dapat dilihat pada kasus depresi atau ansietas.

b. Berdasarkan waktu nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1) Nyeri Akut

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan dialami  $\leq 3$  bulan.

2) Nyeri Kronis

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan 12 intensitas ringan sampai berat dan sudah dialami  $\geq 3$  bulan.

c. Berdasarkan lokasi nyeri (Kurniawan, 2015) :

1) Nyeri Somatic

Nyeri somatik digambarkan sebagai nyeri yang tajam, menusuk, mudah terlokalisasi dan terbakar yang biasanya berasal otot rangka, tendon, tulang, dan sendi.

2) Nyeri Supervisial

Nyeri superfisial adalah nyeri yang disebabkan karena ada stimulus nyeri yang berasal dari kulit, jaringan subkutan, selaput lendir yang bersifat cepat, terlokalisir, dan terasa tajam. Misalnya, cedera tertusuk jarum.

3) Nyeri Viseral

Nyeri yang dirasakan akibat suatu penyakit yang menyebabkan fungsi organ-organ dalam terganggu. Bersifat difusi dan menyebar ke area lain. Contohnya rasa terbakar pada penyakit ulkus lambung.

d. Berdasarkan Derajat Nyeri

1) Nyeri ringan

Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan biasanya terjadi saat beraktivitas sehari-hari.

2) Nyeri sedang

Nyeri yang dirasakan menetap dan mengganggu aktivitas dan dapat hilang saat pasien beristirahat.

3) Nyeri hebat

Nyeri dapat terjadi terus menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderitanya tidak dapat beristirahat.

### 3. Tanda dan Gejala Nyeri

a. Suara meringis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas.

- b. Ekspresi wajah meringis
- c. Menggigit bibir, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut
- d. Pergerakan tubuh tampak gelisah, mondar mandir, Gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu (Ni wayan rahayu, Notesya, 2023).

#### **4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

##### a. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi di sepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup.

##### b. Jenis kelamin

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki – laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam mempengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut mempengaruhi nyeri. Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat merangsang proses sensitiasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki

##### c. Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap

nyeri yang dirasakan. Pada usia anak akan sulit untuk menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga Kesehatan.

d. Genetik

Informasi genetis yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menentukan kondisi dan psikologis seseorang.

e. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri. Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respon emosional pada nyeri melibatkan girus singulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin memengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri.

e. Pengalaman sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang sudah mengalami nyeri yang sama maka akan dianggap biasa, karena sudah

paham tindakan apa yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut.

f. Budaya

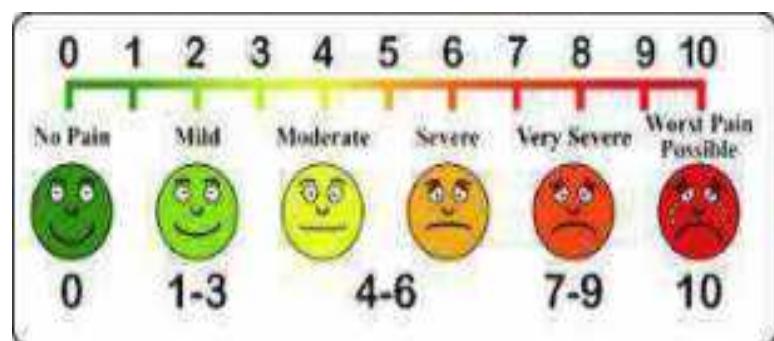
Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya. Individu akan belajar dari apa yang diharapkan dan diterima dalam budayanya termasuk dalam merespon rasa sakit (Ni wayan rahayu, Notesya, 2023).

## 5. Macam-Macam Pengukuran Nyeri

Berikut ini beberapa cara menghitung skala nyeri yang paling populer dan sering digunakan :

a. VAS (*Visual Analog Scale*)

Visual analog scale merupakan skala linear yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita. Visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator rendahnya rasa nyeri. VAS adalah prosedur perhitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



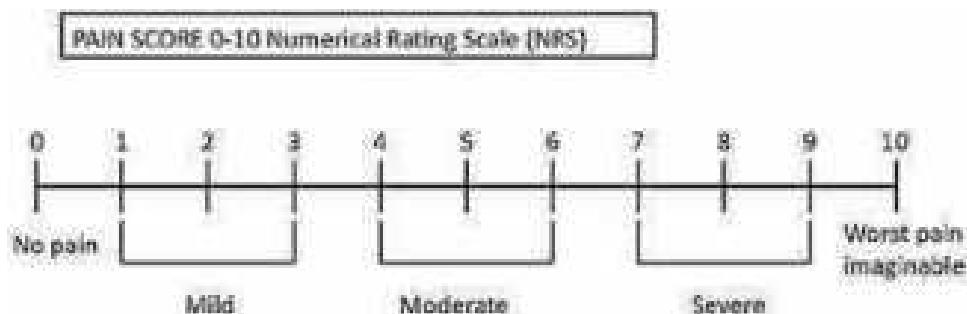
Gambar 2. 2 *Visual Analog Scale*

b. VRS (*Verbal Rating Scale*)

Verbal Rating Scale hampir sama dengan VAS hanya pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini menjadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual.

c. NRS (*Numeric Rating Scale*)

Metode ini didasarkan pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut daripada VAS dan VRS.



**Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale**

- 1) Skala 0 : tidak nyeri
- 2) Skala 1 : nyeri sangat ringan
- 3) Skala 2 : nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit
- 4) Skala 3 : nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi
- 5) Skala 4 : nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi)
- 6) Skala 5 : nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
- 7) Skala 6 : nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan
- 8) Skala 7 : nyeri sudah tidak bisa melakukan aktivitas
- 9) Skala 8 : nyeri mengakibatkan tidak mampu berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku

- 10) Skala 9 : nyeri mengakibatkan menjerit-jerit dan mengakibatkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
- 11) Skala 10 : nyeri berada di tahap yang paling parah dan dapat menyebabkan tidak sadarkan diri (Rahayu, 2023).

## 6. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Rahayu, 2023) penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan:

- a. Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical.
- b. Sedangkan penanganan nyeri non farmakologi yang berupa:
  - 1) Imajinasi terbimbing (guided imagery);
  - 2) Relaksasi pernapasan;
  - 3) Hipnoterapi;
  - 4) Distraksi atau pengalihan perhatian;
  - 5) Relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching); dan,
  - 6) Meditasi dan visualisasi.

## C. Konsep Terapi Relaksasi Benson

### 1. Definisi Terapi Relaksasi Benson

Terapi Relaksasi Benson, atau lebih dikenal sebagai Teknik Relaksasi Benson (*Benson Relaxation Technique*), adalah metode relaksasi yang dikembangkan oleh Dr. Herbert Benson pada tahun 1970-an. Teknik ini dirancang untuk membantu mengurangi stres, kecemasan, dan gejala fisik yang terkait dengan stres melalui penggunaan strategi relaksasi sederhana dan efektif (Herien, 2024).

Relaksasi benson merupakan alternatif relaksasi dengan menggunakan penggabungan teknik pernapasan dan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata atau ungkapan yang diucapkan secara berulang-ulang supaya timbul

sugesti sehingga dengan sugesti ini dapat mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan (Anggraeni, 2024).

Relaksasi benson merupakan penggabungan antara teknik respons relaksasi dan sistem keyakinan individu/faith factor (difokuskan pada ungkapan tertentu berupa nama-nama Tuhan atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri) yang diucapkan berulang-ulang dengan ritme teratur disertai sikap pasrah (Zefrianto et al., 2024).

## **2. Manfaat Terapi Relaksasi Benson**

Tujuan relaksasi benson ini antara lain dapat membantu menenangkan diri, menimbulkan suasana rileks, mengurangi kecemasan dan ketegangan serta dapat membantu mengurangi nyeri (Anggraeni, 2024). Terapi relaksasi benson dapat mengurangi stres, kecemasan, rasa tidak nyaman, menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, dan melepas hormone epinefrin yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri, nyeri pasca operasi biasanya diikuti cemas, takut dan depresi (Nurhayati et al., 2022).

## **3. Indikasi Terapi Relaksasi Benson**

- a. Stres
- b. Nyeri
- c. Insomnia
- d. Tekanan darah tinggi
- e. Ansietas

## **4. Kontraindikasi Terapi Relaksasi Benson**

- a. Gangguan pada sistem pernafasan
- b. Post operasi dada dan abdomen
- c. Sesak nafas
- d. Fraktur costa

## 5. Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Relaksasi Benson

**Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Benson**

<b>Standar Operasional Pelaksanaan ( Sop ) Terapi Relaksasi Benson</b>	
<b>Pengertian</b>	Terapi Relaksasi Benson adalah teknik Benson relaksasi yang merupakan penggabungan antara teknik respon relaksasi dengan sistem keyakinan individu (faith factor). Fokus utama dari relaksasi ini adalah pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama - nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri.
<b>Tujuan</b>	Menurunkan atau mengurangi nyeri ,mengendalikan ketegangan otot , dan juga mengendalikan pernapasan, marah, cemas, disritmia jantung, , depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang.
<b>Waktu</b>	Selama 10 – 15 menit, 2 x sehari, sebaiknya sebelum diberikan obat atau makan (Wardani, 2024).
<b>Persiapan Klien dan Lingkungan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi tingkat nyeri klien</li> <li>Kaji kesiapan klien dan perasaan klien</li> <li>Berikan penjelasan tentang terapi Benson</li> <li>Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini</li> <li>Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien</li> </ol>
<b>Peralatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengukur waktu</li> <li>Catatan observasi klien</li> <li>Pena dan buku Catatan Kecil</li> </ol>
<b>Tahap Orientasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> <li>Melakukan kontrak waktu</li> </ol>
<b>Tahap Pelaksanaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pastikan lingkungan relaksasi nyaman dan tenang</li> <li>Instruksikan klien untuk menentukan tempat yang mereka sukai</li> <li>Instruksikan klien mengambil posisi yang untuk dirasa paling nyaman, seperti telentang atau duduk.</li> <li>Instruksikan klien untuk menutup matanya secara perlahan.</li> <li>Selanjutnya anjurkan klien untuk merilekskan seluruh anggota tubuhnya.</li> <li>Rilekskan anggota tubuh bagian atas (kepala, leher, dan bahu) dengan cara memutar kepala dan mengangkat bahu secara perlahan.</li> <li>Menganjurkan klien untuk mengucapkan kalimat istighfar, menenangkan pikiran pada waktu menarik nafas melalui hidung dan anjurkan untuk tahan nafas selama 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut sambil mengucapkan Alhamdulillah.</li> <li>Ulang terus selama 10 -15 menit</li> <li>Kalimat Allah yang dapat diucapkan yaitu Alhamdulillah, Subhanallah, dan Allahu Akbar atau nama-Nya dalam Asmaul Husna</li> <li>Kemudian yang terakhir berbaring diam selama beberapa menit, pertama-tama tutup mata dan kemudian membukanya.</li> </ol>

	k. Setelah selesai secara perlahan – lahan maka Klien diperbolehkan untuk membuka mata untuk melihat Kembali.
<b>Tahap Terminasi</b>	a. Observasi skala nyeri setelah intervensi b. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya c. Ucapan salam
<b>Dokumentasi</b>	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

Sumber: (Wardani, 2024)

## D. Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

#### b. Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, Pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no register, tanggal MRS, diagnose medis

#### c. Keluhan Utama

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

- 1) *Provoking incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- 2) *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- 3) *Region*: radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (scale) of pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

- 5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.
- d. Riwayat Penyakit Sekarang
- Biasanya pasien fraktur disebabkan karena trauma atau kecelakaan dapat mengakibatkan kerusakan jaringan disekitar tulang, perdarahan, nyeri akut, bengkak, pucat, berubahnya warna kulit di sekitar fraktur dan bahkan tidak terasa bagian bawah yang patah.
- e. Riwayat Penyakit Dahulu
- Biasanya pasien pernah mengalami kejadian patah tulang sebelumnya dan pasien dengan gangguan metabolismik tulang, seperti osteoporosis, dapat mengalami fraktur dari trauma minor karena kerapuhan tulang akibat gangguan yang telah ada sebelumnya.
- f. Riwayat Penyakit Keluarga
- Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis, yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.
- g. Riwayat Psikososial
- Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun masyarakat.
- h. Pola-Pola Fungsi Kesehatan
- 1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat
- Pada kasus fraktur akan timbul ketidakuanteran akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, dan apakah pasien berolahraga atau tidak.
- 2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan.

3) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur.

4) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap.

5) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakuatan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah.

6) Pola Sensori dan kognitif

Pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan.

7) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien

i. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status general) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokal). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

1) Gambaran umum Perlu menyebutkan:

- a) Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicatat merupakan tanda-tanda seperti:
  - i. Kesadaran pasien: apatis, sopor, koma, gelisah, composmentis tergantung pada keadaan pasien
  - ii. Kesakitan, keadaan penyakit : akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut
  - iii. Tanda-tanda vital tidak normal
- b) Secara sistemik
  - i. Sistem integumen  
Terdapat erythema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, oedema, nyeri tekan.
  - ii. Kepala  
Biasanya Tidak ada gangguan yaitu, normocephalic, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.
  - iii. Leher  
Biasanya tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada, tidak ada pembesaran kelenjer tiroid atau getah bening.
  - iv. Muka  
Biasanya wajah tampak pucat dan meringis menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tak ada lesi, tak edema.
  - v. Mata  
Biasanya konjungtiva anemis atau sklera tidak ikterik.
  - vi. Telinga  
Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada masalah pada pendengaran dan tidak ada lesi dan nyeri tekan.
  - vii. Hidung  
Biasanya simetris kiri dan kanan dan tidak ada pernafasan cuping hidung.
  - viii. Mulut

- Biasanya mukosa bibir kering, pucat, tidak ada pembesaran tonsil, gusi.
- ix. Paru
- Inspeksi: biasanya pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru
- Palpasi: biasanya pergerakan sama atau simetris, fremitus teraba sama
- Perkusi: biasanya suara ketok sonor, tidak ada redup atau suara tambahan lainnya
- Auskultasi: biasanya suara nafas normal, tidak ada wheezing atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi
- x. Jantung
- Inspeksi : biasanya tidak tampak iktus kordis
- Palpasi : biasanya iktus kordis tidak teraba
- Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada murmur
- xi. Abdomen
- Inspeksi : biasanya bentuk datar, simetris tidak ada hernia
- Palpasi : biasanya turgor baik, tidak teraba
- Perkusi : biasanya suara timpani
- Auskultasi : biasanya bising usus normal  $\pm 20$  kali/menit
- xii. Ekstremitas atas
- Biasanya akral teraba dingin, CRT  $<2$  detik, turgor kulit baik, pergerakan baik
- xiii. Ekstremitas bawah
- Biasanya akral teraba dingin, CRT  $<2$  detik, turgor kulit jelek, pergerakan tidak simetris, terdapat lesi dan edema

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya

baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan ditegakan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan pada pasien fraktur adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut (D.0077)

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.129)

Gangguan integritas kulit/jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

d. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

e. Resiko infeksi (D.0142)

Resiko infeksi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **3. Rencana Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu pasien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan.

**Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam</li> </ul>

			<p>pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</li> </ol>
2.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>Warna kulit pucat menurun</li> <li>Pengisian kapiler membaik</li> <li>Akral membaik</li> <li>Turgor kulit membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</li> <li>Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera</li> <li>Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol>

		<p>e. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>f. Lakukan hidrasi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>b. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>	
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. Kerusakan lapisan kulit menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>b. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>d. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>f. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>g. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>j. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kg BB/hari</p>

		<p>k. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</p>	
4.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p>

			<p>c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)</li> </ul>
5.	Resiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Demam menurun</li> <li>b. Kemerahan menurun</li> <li>c. Nyeri menurun</li> <li>d. Bengkak menurun</li> <li>e. Kadar sel darah putih membaik</li> </ul> <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>c. Ajarkan etika batuk</li> <li>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p>

		a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
--	--	---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan wujud dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah: mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, menentukan perubahan sistem tubuh, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan dan implementasi pesan dokter (Cahyani, 2023).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan Langkah akhir dari proses perawatan. Tahap ini sangat penting untuk melihat pengaruhnya terhadap kondisi pasien. Setelah semua tindakan intervensi keperawatan dilakukan, perawat mempelajari apa yang sudah tercapai dan yang belum dengan mengevaluasi apa yang dilakukan sebelumnya. Hasil evaluasi dapat dijelaskan dalam tiga kondisi, yaitu kondisi pasien membaik, kondisi pasien menjadi stabil, dan kondisi pasien memburuk (Cahyani, 2023).

### E. Evidence Based Nursing (EBN)

#### 1. Pengantar Jurnal

##### a. Definisi Terapi Relaksasi Benson

Terapi Relaksasi Benson, atau lebih dikenal sebagai Teknik Relaksasi Benson (Benson Relaxation Technique), adalah metode relaksasi yang dikembangkan oleh Dr. Herbert Benson pada tahun 1970-an. Teknik ini dirancang untuk membantu mengurangi stres, kecemasan, dan gejala fisik yang terkait dengan stres melalui penggunaan strategi relaksasi sederhana dan efektif (Herien, 2024). Relaksasi benson merupakan alternatif relaksasi dengan menggunakan penggabungan teknik pernapasan dan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata atau ungkapan yang diucapkan secara berulang-ulang supaya timbul

sugesti sehingga dengan sugesti ini dapat mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan (Anggraeni, 2024).

b. Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Terapi relaksasi benson dapat mengurangi stres, kecemasan, rasa tidak nyaman, menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, dan melepas hormone epinefrin yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri, nyeri pasca operasi biasanya diikuti cemas, takut dan depresi (Nurhayati et al., 2022).

## 2. Kritis Jurnal

a. Identifikasi masalah

Berdasarkan fenomena yang didapat pada pasien nyeri pasca operasi maka pernyataan klinis yang muncul adalah “apakah penerapan terapi relaksasi benson dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien fraktur femur?”. Untuk mengidentifikasi masalah suatu evidence based, maka melalui analisa PICO (Population, Intervention, Comparative, dan Outcome).

b. Temukan jurnal yang sesuai

Berdasarkan identifikasi masalah di atas didapatkan kata kunci Terapi Relaksasi Benson, nyeri, Fraktur. Dari hasil kata kunci yang didapat, dilakukan pencarian jurnal didapatkan jurnal.

## F. Analisis Jurnal

**Tabel 2. 3 Analisis PICO**

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4
<b>Judul</b>	Penerapan Terapi Benson pada Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur dengan Nyeri Akut	Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Bedah Khusus 3 RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2023	Implementasi Pemberian Relaksasi Benson untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah	Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dengan Intervensi Inovasi Terapi Benson
<b>Penerbit</b>	Sekar Pramudya Wardani, Idrawati Bahar, Yessi Fadriyanti	Dwi Zefrianto, Senja Atika Sari, Anik Inayati	Acin Lumuan, Sri Yulianti, Syaiful Tahir	Kadek Ayu Astari, Mochamad Heri, G. Nur Widya Putra, Desak Ketut Sugiartini
<b>P (Problem)</b>	Nyeri juga memiliki dampak psikologis yaitu gangguan perilaku seperti cemas, stres, gangguan pada tidur dan takut. Penatalaksanaan pada masalah nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan nonfarmakologi. Salah satu teknik relaksasi ini adalah teknik relaksasi Benson.	Fraktur adalah salah satu kasus yang membutuhkan prosedur pembedahan. Masalah yang sering muncul pada post operasi salah satunya adalah nyeri. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk menurunkan skala nyeri salah satunya yaitu penerapan relaksasi benson.	Nyeri juga memiliki dampak psikologis yaitu gangguan perilaku seperti cemas, stres gangguan pada tidur dan takut. salah satunya untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi benson.	Setiap operasi menyebabkan keluhan yang berbeda. Salah satu keluhan yang paling umum adalah nyeri. Bahwa salah satu inovasi yang akan diberikan yaitu tindakan terapi relaksasi benson.

	Jumlah sampel dalam penelitian ini 13 responden	Jumlah sampel pada penelitian ini 2 responden.		
<b>I (intervention)</b>	Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (case report). Terapi relaksasi benson ini dilakukan selama 2 kali dalam sehari dengan durasi pemberian 10 – 15 menit selama 6 hari.	Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus. Subjek yang digunakan yaitu dua pasien dengan post operasi fraktur. Penerapan relaksasi benson selama 2 hari dengan waktu 15 menit.	Metode studi ini menggunakan metode deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Pemberian terapi relaksasi benson pada pasien post operasi fraktur dilakukan sebanyak 2 kali dalam 2 hari di pagi dan sore hari dengan durasi kurang lebih 15 menit secara rutin	Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif analisis dengan studi kasus dan jumlah sampel adalah 1 pasien. Teknik terapi relaksasi Benson Ini merupakan pengembangan lebih lanjut dari teknik terapi nafas dalam dengan faktor kepercayaan pasien, prosedur ini dilakukan selama kurang lebih 10 menit dalam lingkungan yang tenang dan dalam posisi yang nyaman.
<b>C (Comparison)</b>	Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cornelia Permatasari dan Ignasia Yunita Sari pada tahun 2022 setelah dilakukan intervensi didapatkan hasil terdapat penurunan skala nyeri dengan Teknik Relaksasi Benson pada pasien fraktur femur dari nyeri skala 10 menjadi nyeri skala 4. Sehingga terdapat	Hasil penelitian yang sama terkait pemberian relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pasien post operasi fraktur femur di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh, menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap intensitas nyeri setelah dilakukan Relaksasi Benson pada pasien post	Berdasarkan permasalahan diatas yang didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati et all. 2022 tentang pemberian relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pasien post operasi fraktur femur di rumah sakit umum daerah meuraxa Banda Aceh didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan	Berdasarkan penelitian Maristi tahun 2024 dilakukan kepada 2 pasien dengan fraktur radius dengan intervensi selama 2 hari. Intervensi yang diberikan selama berlangsung selama 5 menit. Pemberian terapi genggam tangan dan benson ini teruji

	penurunan skala nyeri dengan Teknik Relaksasi Benson pada pasien fraktur	operasi Fraktur Femur dengan nilai p value 0,010.	yang signifikan intensitas nyeri sebelum dan sesudah relaksasi benson pada pasien fraktur femur pasca operasi dengan nilai $\rho - value$ 0,010 ( $\rho < 0,05$ ).	mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien.
<b>O (Outcome)</b>	Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada pasien 1 menunjukkan bahwa rasa nyeri menurun dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3 dan pada pasien 2 juga terdapat rasa nyeri menurun dari skala 4 turun menjadi skala 3. Disimpulkan bahwa dari intervensi yang diberikan pada pasien menunjukkan adanya pengaruh Terapi Relaksasi Benson terhadap upaya penurunan nyeri pada pasien Fraktur	Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan relaksasi benson terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek penerapan, yaitu subjek I dari skala nyeri 6 (enam) menjadi 4 (empat) dan pada subyek II dari skala nyeri 5 (lima) menjadi 3 (tiga).	Kesimpulan setelah dilakukan relaksasi benson pada pasien post operasi fraktur dengan masalah keperawatan nyeri akut didapatkan bahwa skala nyeri 2 nyeri ringan.	Dari analisis yang didapatkan kesimpulan bahwa pasca operasi intensitas nyeri pasien fraktur femur ada perubahan yaitu sebelum diberikan terapi relaksasi benson dan setelah diberikan intervensi terapi relaksasi Benson

## **BAB III**

### **METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini dan menggambarkan hasil penelitian. Studi kasus merupakan rancangan penelitian deskriptif yang mencakup pengkajian dengan mempelajari secara mendalam satu individu, kelompok, atau peristiwa tertentu (Bariah et al., 2024). Dalam penelitian ini, penulis mendeskripsikan penerapan terapi relaksasi benson dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur sebagai upaya penurunan nyeri di ruangan trauma center irna bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Pengambilan kasus untuk Karya Tulis Akhir ini dilakukan di ruangan Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2025. Proses Karya tulis akhir ini yaitu mulai bulan Oktober 2024 sampai bulan Juni 2025. Waktu penerapan intervensi terapi relaksasi benson dimulai dari tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025.

#### **C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN**

Prosedur pemilihan-EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam Karya Tulis Akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria, pada telusur jurnal yaitu yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun yaitu 2019-2024 dengan kata kunci fraktur, nyeri, dan Terapi Relaksasi Benson. Dari hasil pencarian menggunakan kombinasi kata kunci tersebut, ditemukan sebanyak 156 artikel. Artikel diseleksi dengan memperhatikan judul, abstrak, dan kesesuaian isi dengan fokus studi, sehingga diperoleh 10 artikel yang dianggap paling relevan dan layak untuk ditelaah lebih lanjut. Dari 10 artikel yang

digunakan sebagai artikel prioritas, selanjutnya penulis menetapkan 4 artikel yang digunakan sebagai analisis untuk menjawab tujuan penulis yang dikembangkan penulis.

## **D. Populasi dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Adiputra et al., 2021). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien fraktur yang didiagnosis mengalami fraktur femur di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan 21 April- 10 Mei 2025, dengan jumlah total sebanyak 8 orang.

### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Adiputra et al., 2021). Pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Sampel pada Karya Tulis Akhir ini 2 orang pasien dengan *post op* fraktur femur di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan.

Kriteria dalam pengambilan sampel dalam Karya Tulis Akhir ini yaitu :

#### **a. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi (Roflin & Liberty, 2021). Dimana kriteria inklusi dalam penerapan intervensi asuhan keperawatan ini adalah :

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani
- 2) informed consent saat pengambilan data dan dalam memberikan
- 3) asuhan keperawatan.

- 4) Pasien dengan diagnosa *post op* fraktur femur di Ruangan Bedah *Trauma Center RSUP Dr. M.Djamil Padang*
  - 5) Pasien yang kooperatif
  - 6) Pasien beragama islam
- b. Kriteria Ekslusi
- Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil (Roflin & Liberty, 2021). Kriteria eksklusi dalam penerapan intervensi asuhan keperawatan ini adalah :
- 1) Pasien dengan gangguan kesadaran atau kognitif berat yang tidak memungkinkan mengikuti terapi relaksasi
  - 2) Pasien tidak bersedia menjadi responden
  - 3) Pasien yang tidak beragama islam

## **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Jenis Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh penulis dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Adiputra et al., 2021). Data primer dari penelitian ini meliputi pengkajian pada pasien, meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital, pola aktivitas sehari-hari.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen dari suatu lembaga atau orang lain (Adiputra et al., 2021). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti yaitu teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik

pengumpulan data yang telah ada. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan teknik pengumpulan data secara wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara menurut, merupakan teknik pengumpulan data dengan cara tanya jawab antara penulis dengan narasumber untuk mendapatkan informasi. Penulis juga dapat menggunakan alat bantu seperti kamera, perekam suara, alat tulis, dan lain sebagainya. Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian , wawancara dilakukan tentang identitas klien, keluhan utama, faktor predisposisi, keluhan fisik, psikososial, keluhan sehari-hari, mekanisme coping.

b. Pengamatan (observasi)

Observasi merupakan kegiatan pengamatan terhadap suatu objek menggunakan pancaindera. Observasi bertujuan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk suatu penelitian. Dalam penelitian ini, penulis mengobservasi kondisi klien dengan melihat keadaan umum dan respon klien pada saat dilakukan wawancara.

c. Pengukuran

Pada pengukuran penulis melakukan pemantauan kondisi pada partisipan dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: alat ukur suhu tubuh (termometer) dan alat ukur tekanan darah (tensimeter)

d. Dokumentasi

Dokumentasi Studi dokumentasi juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal, dan lain-lain.

## **F. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang digunakan untuk mendapatkan data penelitian (Ramadhan, 2022). Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian

asuhan keperawatan pasien untuk memperoleh biodata pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, terapi pasien, pemeriksaan penunjang pasien. SOP relaksasi benson, lembar pengkajian tingkat nyeri dengan menggunakan skala *Numerical Rating Scale* (NRS) yang diperoleh atau diungkapkan dari pasien secara langsung. Instrumen NRS menggunakan rank 0-10 dengan kategori skor yaitu tidak ada nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-9), nyeri sangat berat (10).

## **G. Prosedur Karya Tulis Akhir**

1. Tahap Persiapan
  - a. Berdiskusi dengan preceptor akademik mengenai penelitian yang akan dilakukan.
  - b. Menemui preceptor klinik untuk mengkonfirmasi akan melakukan penelitian di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Tahap Pelaksanaan
  - a. Penulis melakukan identifikasi pasien untuk sampel kasus kelolaan di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
  - b. Populasi yaitu seluruh pasien *post op* fraktur femur yang mengalami nyeri di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
  - c. Sampel yang akan dilakukan penulis sebanyak 2 orang pasien dengan *post op* fraktur femur dengan Nyeri Akut yang dirawat di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
  - d. Partisipan yang telah dipilih, selanjutnya dilakukan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, menerapkan implementasi keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan.
3. Tahap Akhir

Pada tahapan ini penulis akan melakukan konfirmasi akhir kepada preceptor klinik, bahwasanya penulis telah selesai melaksanakan

penelitian di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **H. Analisa Data**

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat penulis mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Adiputra et al., 2021). Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi:

### 1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

### 2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi, dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung

### 3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Gambaran kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan penerapan Terapi Non – Farmakologi: Terapi Relaksasi Benson sebagai upaya penurunan nyeri yang telah dilaksanakan di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang yang di mulai pada tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025. Gambaran penerapan terapi non – farmakologi: Terapi Relaksasi Benson yang telah penulis lakukan meliputi pengkajian keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dimulai dari tanggal 21 April – 10 Mei 2025. Pengkajian pada partisipan 1 yaitu Ny. N berumur 71 tahun dengan diagnosa Closed Fracture Of Right Basicervical Femur AO Classification 31B3 dilakukan pada tanggal 26 April 2025 pukul 09.00 WIB. Partisipan 2 yaitu Tn. S berumur 77 tahun dengan diagnosa Closed Fracture Of Left Neck Femur Garden Classification Grade 4, Pauwel Classification Type 3 dilakukan pada tanggal 8 Mei 2025 pukul 10.00 WIB. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan penulis melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut :

**Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan**

<b>Pengkajian</b>	<b>Partisipan 1</b>	<b>Partisipan 2</b>
Identitas pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 26 April 2025 didapatkan data seorang pasien berinisial Ny. N	Studi dokumentasi dan wawancara : Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 08 Mei 2025 didapatkan data seorang pasien berinisial Tn. S

	<p>dengan usia 71 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT dan beralamat di Komp. Mawar Putih M8, Padang. Pasien dengan rekam medis 0125xxxx masuk RSUP Dr M Djamil Padang tanggal 18 April 2025 dengan diagnosa medis Closed Fracture Of Right Basicervical Femur AO Classification 31B3.</p>	<p>dengan usia 77 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Petani dan beralamat di Jl. Air Camar II no 26 Parak Gadang Timur Kota Padang. Pasien dengan rekam medis 0116xxxx masuk RSUP Dr M Djamil Padang tanggal 02 Mei 2025 dengan diagnosa medis Closed Fracture Of Left Neck Femur Garden Classification Grade 4, Pauwel Classification Type 3.</p>
Identitas Penanggung Jawab	<p>Studi dokumentasi dan wawancara :</p> <p>Nama : Ny. N</p> <p>Hubungan : Anak Pasien</p> <p>Alamat : Komp. Mawar Putih M8, Padang</p>	<p>Studi dokumentasi dan wawancara :</p> <p>Nama : Ny. F</p> <p>Hubungan : Anak Pasien</p> <p>Alamat : Jl. Air Camar II no 26 Parak Gadang Timur Kota Padang</p>
Keluhan Utama	<p>Studi dokumentasi:</p> <p>Pasien masuk ke RSUP Dr. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 18 April 2025 pada pukul 06.12 WIB, pasien masuk dengan keluhan nyeri pada panggul kanan sejak 3 hari SMRS. Awalnya pasien sedang berjalan di dalam rumah, kemudian pasien hilang keseimbangan dan terjatuh dengan bagian panggul kanan menghatam lantai terlebih dahulu. Pasien dibawa ke IGD SPH, dirawat untuk perbaikan hiperglikemia dan hipoalbumin. Pasien dirujuk ke RSUP M.Djamil Padang untuk perbaikan hypoalbuminemia dan rencana hip arthroplasty.</p>	<p>Studi dokumentasi:</p> <p>Pasien masuk ke RSUP Dr. Djamil Padang Melalui IGD pada tanggal 02 Mei 2025 pada pukul 22.12 WIB, pasien masuk dengan keluhan nyeri pada pangkal paha kiri sejak 2 hari SMRS. Awalnya pasien sedang menuruni tangga, lalu pasien tergelincir dan panggul kiri membentur lantai terlebih dahulu. Pasien bisa berdiri dan berjalan setelah jatuh. Namun, 1 hari kemudian pasien mengeluhkan nyeri di pangkal paha kirinya dan tidak bisa berdiri maupun berjalan karena nyeri. Pasien rujukan dari Rumah Sakit Tentara Reksodiwiryo Padang.</p>
Riwayat kesehatan Sekarang	<p>Wawancara:</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2025</p>	<p>Wawancara:</p> <p>Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Mei 2025</p>

	<p>pada pukul 09.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr. Djamil Padang, saat dilakukan pengkajian, pasien tampak berbaring dan cukup tenang, namun terlihat sedikit gelisah. Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan, terutama saat dilakukan pergerakan, kualitas nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk – tusuk. Pasien mengatakan nyeri sering hilang timbul, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 7. Ekspresi wajah pasien tampak meringis dan kenng berkerut, dan tampak terbatas melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun.</p>	<p>pada pukul 10.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr. Djamil Padang, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan kakinya terasa nyeri pada pangkal paha sebelah kiri dan sakit saat digerakkan, kualitas nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk – tusuk. Pasien mengatakan nyeri sering hilang timbul, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 6. Ekspresi wajah pasien tampak meringis dan kenng berkerut, dan enggan menggerakkan tubuhnya. Pasien tampak berbaring, namun terlihat gelisah, wajah pucat.</p>
Riwayat kesehatan Dahulu	<p>Pasien mengatakan memiliki Riwayat penyakit DM tipe 2 sejak 15 tahun yang lalu dan control rutin ke RS Aisyah. Konsumsi metformin 1x1 dan glimepiride 1x1.</p>	<p>Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, hipertensi dan tidak pernah mengalami kecelakaan lalu lintas sebelumnya</p>
Riwayat Kesehatan Keluarga	<p>Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi dan Jantung.</p>	<p>Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi dan Jantung.</p>
Pola Nutrisi dan Metabolik	<p>a. Sehat Pasien makan 3x/hari dengan nasi, lauk, dan sayur, menghabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik, tidak ada alergi makanan. Minum air putih 5–6 gelas/hari.</p> <p>b. Sakit Selama di rumah sakit pasien makan dengan diet DD dari rumah sakit 3x sehari. Pasien menghabiskan <math>\frac{1}{2}</math> porsi makanannya, namun</p>	<p>a. Sehat Pasien mengatakan makan 3x sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5–6 gelas/hari.</p> <p>b. Sakit Selama di rumah sakit pasien makan dengan diet MB dari rumah sakit 3x sehari. Pasien</p>

	nafsu makan menurun. Minum air putih hanya 2-3 gelas/hari (1 botol aqua sedang).	menghabiskan 1 porsi makanannya. Selama sakit pasien minum seperti biasa 3-4 gelas/hari.
Pola Eliminasi	<p>a. Sehat Selama dirumah pasien BAB 1 kali/hari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan. BAK 3-4 kali/hari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b. Sakit Selama di RS pasien BAB 1 kali dalam 2 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning kepekatan, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK.</p>	<p>a. Sehat Selama dirumah pasien BAB 1 kali/hari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan. BAK 3 kali/hari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b. Sakit Selama di RS pasien BAB 1 kali dalam 3 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning kepekatan, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK.</p>
Pola Istirahat dan Tidur	<p>a. Sehat Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan tidak ada tidur siang.</p> <p>b. Sakit Selama di RS pasien mengatakan sulit tidur dan merasa terganggu dikarenakan pasien merasa nyeri pada luka dan saat digerakkan terasa nyeri.</p>	<p>a. Sehat Selama dirumah pasien mengatakan tidur 6- 7 jam sehari pada malam hari dan tidur siang sekitar 1 jam.</p> <p>b. Sakit Selama di RS pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari dan terbangun beberapa kali pada malam hari karena posisi yang terasa kurang nyaman dan sering terbangun karena suara.</p>
Pola Aktivitas dan Latihan	<p>a. Sehat Aktivitas pasien sebelum masuk rumah sakit sehari-hari pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.</p> <p>b. Sakit</p>	<p>a. Sehat Aktivitas pasien sebelum masuk rumah sakit sehari-hari pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.</p> <p>b. Sakit</p>

	<p>Selama di RS kegiatan pasien dibantu sebagian oleh perawat dan keluarga, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kiri atas 5, ekstremitas kanan bawah 3, ekstremitas kiri bawah 5, aktivitas range of motion (ROM) pasif.</p>	<p>Selama di RS kegiatan pasien dibantu sebagian oleh perawat dan keluarga, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kiri atas 5, ekstremitas kanan bawah 5, ekstremitas kiri bawah 3. aktivitas range of motion (ROM) pasif.</p>
Pola Persepsi Sensori dan Kognitif	<p>Pasien dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi dengan baik. Pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi berbaring dibanding duduk karena merasa pusing saat duduk terlalu lama. Pasien juga tampak sering gelisah dan menunjukkan ekspresi meringis kesakitan saat digerakkan atau saat terjadi perubahan posisi.</p>	<p>Pasien tampak tertidur karena selalu menutup mata dan berbaring, namun dapat membuka mata saat dipanggil. Pasien tampak bingung tetapi masih bisa menyampaikan keluhan dengan cukup jelas. Pasien sering gelisah, terutama saat miring karena menimbulkan nyeri dan ketidaknyamanan di paha atas.</p>
Pola Persepsi Dan Konsep Diri	<p>Pasien mengatakan tidak merasa terlalu cemas terhadap kondisinya karena yakin akan sembuh dan dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien menunjukkan sikap optimis dan penerimaan terhadap kondisinya saat ini.</p>	<p>Pasien mengatakan masih memiliki harapan untuk sembuh, merasa cemas, dan tidak mampu beraktivitas seperti biasa.</p>
Pola Koping dan Toleransi Stress	<p>Pasien mengatakan tidak terlalu stres dengan kondisinya karena yakin akan pulih. Pasien menunjukkan sikap optimis dan berusaha bersabar selama masa pemulihan. Pasien mengatasi stres dengan banyak beristirahat, berdoa, dan menerima kondisi tubuhnya apa adanya. Dukungan keluarga juga membantu memperkuat koping pasien.</p>	<p>Pasien mengatakan merasa cemas akibat nyeri di paha kiri dan merasa tidak berdaya karena harus bergantung pada orang lain untuk beraktivitas.</p>
Pemeriksaan Fisik	<p>Wawancara dan dokumentasi:</p>	<p>Wawancara dan dokumentasi:</p>

	<p>Keadaan umum pasien baik dengan kesadaran Composmentis. Berat badan : 45 kg, tinggi badan : 150 cm. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 139/80 mmHg, Nadi : 80 x/i, Suhu: 36,9°C, Pernafasan : 18x/i, SpO<sub>2</sub> : 99%.</p> <p><b>Kepala:</b> Kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala simetris, warna rambut hitam dan terdapat uban, tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada benjolan.</p> <p><b>Mata:</b> Mata terlihat simetris, konjungtiva Anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil terhadap cahaya (+/+), Pupil isokor 3mm/3mm.</p> <p><b>Hidung:</b> Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkak atau pendarahan.</p> <p><b>Telinga:</b> Ukuran telinga kiri dan kanan sama, bentuk simetris, pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan pada daun telinga.</p> <p><b>Mulut:</b> Terlihat mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap dan memakai gigi palsu tidak ada nyeri.</p> <p><b>Leher:</b> Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan.</p> <p><b>Dada:</b> I: tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi</p>	<p>Keadaan umum pasien baik dengan kesadaran Composmentis. Berat badan : 50 kg, tinggi badan : 160 cm. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 139/70 mmHg, Nadi : 99 x/i, Suhu: 37,5°C, Pernafasan : 23x/i, SpO<sub>2</sub> : 99%.</p> <p><b>Kepala:</b> Kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala simetris, rambut terdapat uban, tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada benjolan.</p> <p><b>Mata:</b> Mata terlihat simetris, konjungtiva Anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil terhadap cahaya (+/+), Pupil isokor 3mm/3mm.</p> <p><b>Hidung:</b> Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkak atau pendarahan.</p> <p><b>Telinga:</b> Ukuran telinga kiri dan kanan sama, bentuk simetris, pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan pada daun telinga.</p> <p><b>Mulut:</b> Terlihat mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap dan memakai gigi palsu tidak ada nyeri.</p> <p><b>Leher:</b> Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan.</p> <p><b>Dada:</b> I: tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi</p>
--	---	---

	<p>P: fremitus kiri dan kanan sama P: sonor A: suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan</p> <p><b>Jantung:</b> I: Ictus cordis tidak terlihat P: Ictus cordis teraba 1 jari medial LMCS RIV V P: Pekak A: bunyi jantung I-II regular, tidak adanya bunyi murmur dan gallop</p> <p><b>Abdomen:</b> I: perut terlihat datar, tidak ada luka/lesi. P: supel, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya pembesaran hati P: tympani A: bising usus normal (+)</p> <p><b>Genitalia:</b> Tidak dilakukan pemeriksaan, Tidak ada nyeri ketika BAB/BAK, pasien tidak terpasang kateter.</p> <p><b>Ekremitas:</b> <b>Atas:</b> <b>Kiri:</b> terpasang infus tutosol, akral hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak ada edema, turgor kulit baik <b>Kanan:</b> akral hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak terlihat adanya edema, turgor kulit baik <b>Bawah:</b> <b>Kiri:</b> akral teraba hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak terlihat adanya edema, kekuatan otot: 5 <b>Kanan:</b> Terdapat luka operasi di daerah femur, tertutup balutan, tidak ada rembesan, akral hangat, tidak bengkak. Gerakan</p>	<p>P: fremitus kiri dan kanan sama P: sonor A: suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan</p> <p><b>Jantung:</b> I: Ictus cordis tidak terlihat P: Ictus cordis teraba 1 jari medial LMCS RIV V P: Pekak A: bunyi jantung I-II regular, tidak adanya bunyi murmur dan gallop</p> <p><b>Abdomen:</b> I: perut terlihat datar, tidak ada luka/lesi. P: supel, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya pembesaran hati P: tympani A: bising usus normal (+)</p> <p><b>Genitalia:</b> Tidak dilakukan pemeriksaan, Tidak ada nyeri ketika BAB/BAK, pasien tidak terpasang kateter.</p> <p><b>Ekremitas:</b> <b>Atas:</b> <b>Kiri:</b> terpasang infus tutosol, akral hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak ada edema, turgor kulit baik <b>Kanan:</b> akral hangat, CRT &lt; 2 detik, tidak terlihat adanya edema, turgor kulit baik <b>Bawah:</b> <b>Kiri:</b> terdapat luka post op pada paha kiri atas pasien, luka operasi tertutup perban bersih dan kering, tidak ada rembesan, tidak bengkak. Gerakan sangat terbatas karena nyeri. Kekuatan otot: 3</p>
--	--	---

	<p>sangat terbatas karena nyeri. Kekuatan otot: 3</p>	<p><b>Kanan:</b> akral teraba hangat, CRT&lt;2 detik, tidak terlihat adanya edema, kekuatan otot: 5</p>
Data Penunjang	<p>Studi dokumentasi:</p> <p><b>Hasil Laboratorium</b></p> <p><b>Tanggal: 23 April 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Albumin: 3.1 g/dL</li> <li>b. Globulin: 3.0 g/dL</li> <li>c. Total Protein: 6.1 g/dL</li> </ul> <p><b>Tanggal: 24 April 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gula darah 2 jam PP: 314 mg/dL</li> <li>b. Gula darah puasa: 263 mg/dL</li> </ul> <p><b>Tanggal: 26 April 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hematokrit: 34%</li> <li>b. Hemoglobin: 11.3 g/dL</li> <li>c. Leukosit: 14.01 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>d. MCV: 81 fL</li> <li>e. D-Dimer: 7336 ng/mL</li> </ul> <p><b>Berdasarkan hasil Rontgen:</b></p> <p>Jum'at/ 18 April 2025</p> <p>Kesan: Fraktur Basicervical femur kanan.</p>	<p>Studi dokumentasi:</p> <p><b>Hasil Laboratorium</b></p> <p><b>Tanggal: 03 Mei 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Eritrosit: 4.16 <math>10^6/\mu\text{L}</math></li> <li>b. Hematokrit: 35%</li> <li>c. Hemoglobin: 11.1 g/dL</li> <li>d. Trombosit: 464 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> </ul> <p><b>Tanggal: 04 Mei 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Albumin: 3.2 g/dL</li> <li>b. Total protein: 5.9 g/dL</li> </ul> <p><b>Tanggal: 08 Mei 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Eritrosit: 4.10 <math>10^6/\mu\text{L}</math></li> <li>b. Hematokrit: 35%</li> <li>c. Hemoglobin: 11.1 g/dL</li> </ul> <p><b>Berdasarkan hasil Rontgen:</b></p> <p>Jum'at/ 02 Mei 2025</p> <p>Kesan: Fraktur Collum femur kiri dengan displacement</p>
Program Pengobatan	<p>Studi Dokumentasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. IVFD Tutosol 8 jam/kolf</li> <li>b. Inj Gentamicin 2x80 mg</li> <li>c. Inj Ranitidine 2x50 mg</li> <li>d. Inj Ketonolac 3x30 mg</li> <li>e. Gabapentin 2x300 mg</li> <li>f. Xarelto 1x10 mg</li> <li>g. Rivaroxaban 1x10 mg</li> <li>h. Paracetamol 3x500 mg</li> <li>i. Na diklofenak 2x50 mg</li> <li>j. Cefixime 2x200 mg</li> <li>k. Diit DD IV 1700 kkal/III + Ekstra Minyak Ikan Gabus 200 cc</li> <li>l. Diit DD IV 1700 kkal/III + 2 Putel</li> </ul>	<p>Studi dokumentasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. IVFD Tutosol 8 jam/kolf</li> <li>b. Inj Cefotaxime 3x1 mg</li> <li>c. Inj Ranitidine 2x50 mg</li> <li>d. Inj Ketonolac 3x30 mg</li> <li>e. Xarelto 1x10 mg</li> <li>f. Paracetamol 3x500 mg</li> <li>g. Diklofenak 2x50 mg</li> <li>h. Diit ML 2100 kkal + ekstra putel</li> </ul>

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif dan objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat ruangan berdasarkan hasil studi dokumentasi, observasi, beserta wawancara adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. 2 Diagnosa Keperawatan**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Diagnosa dokumentasi Keperawatan</p> <p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p> <p>b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p> <p>c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054)</p> <p>d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)</p> <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara:</p> <p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Data subjektif Pasien mengatakan kakinya terasa sakit dan nyeri pada paha sebelah kanan saat digerakkan. Kualitas nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan skala nyeri yang dirasakan 7. P: Nyeri post op Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Paha kanan S: Skala Nyeri 7 T: Nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap protektif, pasien tampak enggan menggerakkan tubuhnya. TD : 139/70 mmHg, Nadi: 99x/i RR: 23x/i Suhu 37,5°C.</p>	<p>Diagnosa dokumentasi Keperawatan</p> <p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p> <p>b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (D.0054)</p> <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara:</p> <p>a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Data subjektif Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada paha sebelah kiri dan saat digerakkan. Kualitas nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan terkadang terasa panas. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan skala nyeri yang dirasakan 6. P: Nyeri post op Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Paha kanan S: Skala Nyeri 6 T: Nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap protektif, pasien tampak enggan menggerakkan tubuhnya. TD: 139/70 mmHg, Nadi: 99x/i RR: 23x/i Suhu 37,5°C.</p> <p>b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Data subjektif</p>

<p>139/70 mmHg, Nadi: 80x/i RR: 18x/i Suhu 36,9°C.</p> <p>b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Data subjektif pasien mengatakan badan lemah dan letih, pasien mengatakan sering merasa lapar. Data objektif tampak mukosa bibir kering, kadar gula darah 272 mg/dL.</p> <p>c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Data subjektif Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan, Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, Pasien mengatakan takut untuk menggerakkan kaki kanan. Data objektif tampak kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, Gerakan terbatas.</p> <p>d. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Data objektif tampak luka pada paha sebelah kanan, tampak luka tertutup perban, Hb: 11.3 d/dL Leukosit: 14.01 <math>10^3/\text{mm}^3</math>.</p>	<p>Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan, Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, Pasien mengatakan takut untuk menggerakkan kaki kanan. Data objektif tampak kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, Gerakan terbatas.</p>
---	---

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 3 Intervensi Keperawatan**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Intervensi diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan <b>SLKI: Tingkat Nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil: keluhan</p>	<p>a. Intervensi diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan <b>SLKI: Tingkat Nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil: keluhan</p>

<p>nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. <b>SIKI:</b> <b>Manajamen Nyeri</b> dengan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi benson, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson), Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>b. Intervensi diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. <b>SLKI:</b> <b>Kestabilan Kadar Glukosa</b> <b>Darah</b> meningkat dengan kriteria hasil: Pusing menurun, Mulut kering menurun, Rasa haus menurun, Kestabilan kadar glukosa darah membaik. <b>SIKI:</b></p>	<p>nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. <b>SIKI:</b> <b>Manajamen Nyeri</b> dengan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi benson, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson), Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>b. Intervensi diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. <b>SLKI:</b> <b>Mobilitas Fisik</b> meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot menurun, Rentang gerak menurun, Nyeri menurun, Kaku</p>
--	---

<p><b>Manajamen</b></p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan), Monitor kadar glukosa darah, jika perlu, Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), Monitor intake dan output cairan, Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi, Berikan asupan cairan oral, Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik, Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu, Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan, Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu, Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu,</p> <p>c. Intervensi diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. <b>SLKI: Mobilitas Fisik</b> meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot menurun, Rentang gerak menurun, Nyeri menurun, Kaku sendi menurun, Gerakan terbatas</p>	<p><b>Hiperglikemia</b></p> <p>sendi menurun, Gerakan terbatas menurun. <b>SLKI: Dukungan Mobilisasi</b> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi, Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis : tongkat, kruk), Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan melakukan ambulasi dini, Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur kamar mandi, berjalan sesuai toleransi.</p>
--	---

<p>menurun. <b>SLKI: Dukungan Mobilisasi</b> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi, Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis : tongkat, kruk), Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan melakukan ambulasi dini, Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur kamar mandi, berjalan sesuai toleransi.</p> <p>d. Intervensi diagnosa Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. <b>SLKI: Tingkat Infeksi</b> menurun dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Kadar sel darah putih membaik. <b>SIKI: Pencegahan Infeksi</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik, Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan kulit pada daerah luka, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Ajarkan etika batuk, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p>	
--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara, serta observasi partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan**

<b>Partisipan 1</b>	<b>Partisipan 2</b>
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 26-30 April untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST (P: nyeri pada luka post op, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: paha kanan, S: skala nyeri 7 berangsur menurun menjadi 5 di hari ke 2 lalu turun lagi menjadi 4, 3 dan 2 secara konstan per harinya, T: nyeri hilang timbul)</li> <li>b. Memonitor Tanda-tanda vital</li> <li>c. Mengajarkan Klien tentang skala nyeri Numerik Rating Scale (NRS) pada hari pertama lalu mengingatkan kembali jika pasien lupa</li> <li>d. Mengidentifikasi respon nonverbal nyeri</li> <li>e. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan terapi relaksasi benson</li> <li>f. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>g. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri selama 10-15 menit</li> <li>h. Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan dengan menggunakan <i>NRS</i> serta mengukur <i>TTV</i></li> <li>i. Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 08-12 Mei untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST (P: nyeri pada luka post op, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: paha kanan, S: skala nyeri 6 berangsur menurun menjadi 5 di hari ke 2 lalu turun lagi menjadi 4, 3 secara konstan per harinya, T: nyeri hilang timbul)</li> <li>b. Memonitor Tanda-tanda vital</li> <li>c. Mengajarkan Klien tentang skala nyeri Numerik Rating Scale (NRS) pada hari pertama lalu mengingatkan kembali jika pasien lupa</li> <li>d. Mengidentifikasi respon nonverbal nyeri</li> <li>e. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan terapi relaksasi benson</li> <li>f. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>g. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri selama 10-15 menit</li> <li>h. Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan dengan menggunakan <i>NRS</i> serta mengukur <i>TTV</i></li> <li>i. Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul>

<p>j. Berkolaborasi pemberian cairan IVFD tutosol 8 jam/kolf</p> <p>k. Berkolaborasi pemberian obat:</p> <p>Inj Ranitidine 2x 80 mg</p> <p>Inj Ketorolac 3x30 mg</p> <p>Paracetamol 3x500 mg</p> <p>Rivaroxaban 1x10 mg</p> <p>Na diklofenak 2x 50 mg</p>	<p>j. Berkolaborasi pemberian cairan IVFD tutosol 8 jam/kolf</p> <p>k. Berkolaborasi pemberian obat:</p> <p>Inj Ranitidine 2x 80 mg</p> <p>Inj Ketorolac 3x30 mg</p> <p>Paracetamol 3x500 mg</p>
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 26-30 April untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>Memonitor intake dan output</li> <li>Berkolaborasi pemberian insulin</li> </ol>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 08-12 Mei untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur dan walker)</li> <li>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri, duduk di samping tempat tidur hingga belajar menggunakan walker)</li> </ol>
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 26-30 April untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur dan walker)</li> <li>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri, duduk di samping tempat tidur hingga belajar menggunakan walker)</li> </ol>	
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 26-30 April untuk diagnosa resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>Membatasi jumlah pengunjung</li> </ol>	

<p>c. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>e. Mengajurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama protein untuk penyembuhan luka</p> <p>f. Berkolaborasi pemberian obat: Cefixime 2x200mg Inj Gentamicin 2x80 mg</p>	
--	--

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan**

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N pada hari ke 5 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan sudah berkurang, skala nyeri yang dirasakan di hari ke 5 adalah 2, pasien mengatakan merasa lebih rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson sehingga nyeri yang dirasakan berkurang, pasien masih tampak meringis sesekali, pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahan sudah berkurang, luka tampak tertutup verban, TD: 110/80 mmHg, N: 80x/i, RR: 18x/i, S: 36,7 C. Dari hasil analisis masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N pada hari ke 5 dengan diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan</p>	<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S pada hari ke 5 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan sudah berkurang, skala nyeri yang dirasakan di hari ke 5 adalah 3, pasien mengatakan merasa lebih rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson sehingga nyeri yang dirasakan berkurang, pasien masih tampak meringis sesekali, pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahan sudah berkurang, luka tampak tertutup verban, TD: 110/80 mmHg, N: 76x/i, RR: 18x/i, S: 36,5 C. Dari hasil analisis masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S pada hari ke 5 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>

<p>resistensi insulin didapatkan hasil pasien mengatakan badan sudah lebih segar, sudah tidak merasa pusing, dan rasa haus berkurang. Pasien masih tampak lemah, pasien menghabiskan 1 porsi makan, mukosa bibir tampak lembab, GD: 312 mg/dL. Dari hasil analisis masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p>	<p>didapatkan hasil pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri, sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di samping tempat tidur dan menggunakan walker namun masih belum terbiasa, tampak aktivitas masih dibantu oleh keluarga. Dari hasil analisis masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p>
<p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N pada hari ke 5 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal didapatkan hasil pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri, sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di samping tempat tidur dan menggunakan walker namun masih belum terbiasa, tampak aktivitas masih dibantu oleh keluarga. Dari hasil analisis masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p>	
<p>d. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. N pada hari ke 5 dengan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan hasil tampak luka post op pasien sudah kering dan tertutup perban serta tidak ada rembesan. Leukosit: <math>14.01 \cdot 10^3/\text{mm}^3</math>, Hb: 11.3 g/dL. Dari hasil analisis masalah risiko infeksi teratasi sebagian, intervensi dihentikan.</p>	

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil dari kasus asuhan keperawatan medikal bedah yang dilakukan pada partisipan 1 (Ny. N) dan partisipan 2 (Tn. S) dengan kasus fraktur femur di

Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dalam bab ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dan laporan kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan dalam memberikan asuhan keperawatan pada partisipan I (Ny. N) dan Partisipan II (Tn. S) dengan kasus fraktur femur. Di dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis melakukan pengkajian keperawatan, menegakan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta penerapan EBN dengan uraian sebagai berikut :

### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 April 2025 pada partisipan 1 dan pada tanggal 08 Mei 2025 pada partisipan 2. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa penyebab fraktur femur pada kedua partisipan adalah karena jatuh sendiri, bukan disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Kedua partisipan menunjukkan kesamaan dalam data mayor maupun minor yang mencerminkan kondisi nyeri akut pasca operasi dengan karakteristik dan respons klinis yang serupa. Pengkajian nyeri dilakukan dengan pendekatan PQRST. Kedua partisipan mengeluhkan nyeri akut post operasi dengan intensitas yang cukup signifikan. Skala nyeri awal yang dirasakan partisipan 1 adalah 7, sedangkan partisipan 2 adalah 6. Keduanya menggambarkan kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk, bersifat hilang timbul, serta nyeri bertambah saat dilakukan pergerakan atau perubahan posisi. Gejala lain yang diamati adalah ekspresi kedua partisipan tampak meringis, perilaku protektif terhadap area luka, serta mengalami kesulitan tidur dan keterbatasan pergerakan akibat nyeri.

Permasalahan yang muncul setelah dilakukan tindakan operasi adalah terjadinya nyeri. Area insisi merupakan salah satu sumber nyeri. Rasa nyeri pasien meningkat setelah operasi karena efek anestesi berkurang. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik (sama) (Zefrianto et al., 2024).

Menurut penelitian oleh (Handayani & Putri, 2023) dengan judul “Karakteristik Nyeri Pasca Operasi pada Pasien Fraktur Femur di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”, nyeri pasca operasi pada pasien fraktur femur terutama disebabkan oleh kerusakan pada jaringan otot, tulang, dan saraf di sekitar area operasi. Nyeri ini bersifat intens dan sering dilaporkan sebagai sensasi tertusuk-tusuk yang meningkat saat pasien melakukan pergerakan atau perubahan posisi. nyeri pasca operasi ini berkontribusi pada keterbatasan fungsi motorik dan gangguan tidur pasien, yang berdampak pada proses pemulihan yang lebih lama. Kondisi psikologis pasien, seperti kecemasan dan ketakutan terhadap nyeri, juga mempengaruhi persepsi dan intensitas nyeri yang dirasakan. Oleh karena itu, pengkajian nyeri yang komprehensif sangat diperlukan untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri dan faktor-faktor yang memperburuk kondisi pasien.

Usia lanjut merupakan salah satu faktor yang memengaruhi persepsi dan ekspresi nyeri pada pasien pasca operasi. Kedua partisipan dalam penelitian ini termasuk kategori lanjut usia, yaitu partisipan 1 berusia 70 tahun dan partisipan 2 berusia 77 tahun. Pada usia lanjut, secara fisiologis mengalami perubahan dalam fungsi sistem saraf, metabolisme obat, dan sensitivitas reseptor nyeri. Meski begitu, persepsi terhadap nyeri tidak menurun secara signifikan. Justru pada beberapa kasus, lansia mengalami kesulitan dalam mengungkapkan nyeri secara verbal, sehingga perawat harus mengkaji tanda-tanda nonverbal. Pasien lanjut usia lebih cenderung mengekspresikan nyeri melalui ekspresi wajah, penghindaran aktivitas, atau sikap pasrah (Ni wayan rahayu, Notesya, 2023). Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Tama et al., 2020) lansia sering kali mengalami hambatan dalam mengungkapkan nyeri secara verbal akibat perubahan kognitif maupun fungsi komunikasi. Oleh karena itu, observasi ekspresi wajah dan gerakan tubuh perlu menjadi bagian dari penilaian nyeri pada kelompok usia ini.

Selain itu, faktor psikologis juga memainkan peran penting. Partisipan 2 tampak cemas, takut nyerinya bertambah saat digerakkan, dan pesimis terhadap proses pemulihan. Sebaliknya, partisipan 1 menunjukkan sikap optimis dan keyakinan bahwa ia akan pulih. Sikap positif tersebut berkontribusi terhadap kemampuan adaptasi terhadap nyeri. Kecemasan meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri melalui aktivasi sistem saraf simpatis, menyebabkan vasokonstriksi, peningkatan denyut jantung, dan persepsi nyeri yang lebih tajam. Pasien yang lebih tenang cenderung memiliki toleransi nyeri yang lebih baik (Ni wayan rahayu, Notesya, 2023). Pernyataan ini sejalan dengan temuan (Crombez et al., 2023) yang menyatakan bahwa faktor seperti kecemasan, pesimisme, dan *pain-related worrying* berkontribusi terhadap peningkatan persepsi nyeri dan risiko nyeri kronik. Sebaliknya, optimisme dan ekspektasi positif terhadap pemulihan diketahui berperan sebagai proteksi psikologis terhadap nyeri, meningkatkan adaptasi dan fungsi fisik pasien.

Dukungan keluarga juga ditemukan sebagai faktor yang membantu pasien dalam mengatasi nyeri. Kedua partisipan mendapatkan dukungan penuh dari anggota keluarga selama masa perawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Wijaya et al., 2021) Kehadiran anggota keluarga yang menemani, membantu perawatan, dan memberikan dorongan emosional turut memberikan rasa nyaman dan mempercepat pemulihan. Dukungan emosional dari keluarga dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan pasien, sehingga turut mengurangi persepsi nyeri. Partisipan yang merasa didampingi dan tidak sendiri lebih mudah untuk menerima tindakan keperawatan dan mengikuti instruksi.

Menurut analisa peneliti berasumsi bahwa nyeri pasca operasi ini bersifat multifaktorial dan kompleks, sehingga diperlukan pengkajian nyeri yang mendalam dan menyeluruh untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri, faktor fisik, dan psikologis yang memperburuk kondisi pasien. Nyeri akut yang dirasakan pasien post operasi fraktur femur tidak hanya disebabkan

oleh kerusakan jaringan pasca pembedahan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor usia, kondisi psikologis, dukungan keluarga. Dengan pemahaman yang komprehensif tersebut, intervensi yang tepat dan efektif dapat dirancang untuk mengelola nyeri, meningkatkan fungsi motorik, serta mempercepat proses rehabilitasi pasca operasi fraktur femur.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosa juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistic (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan yang sedang dialaminya (Leniwita, 2020).

Berdasarkan diagnosa keperawatan, didapatkan data sesuai dengan keluhan pasien, maka muncul beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Pada penelitian ini penulis lebih memfokuskan pada diagnosa utama yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**. Diagnosa pertama yang diangkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dalam standar diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk nyeri akut adalah pasien mengeluh nyeri pada paha dengan skala nyeri 7, tampak meringis, bersikap protektif, enggan menggerakkan kakinya, dan ditandai dengan frekuensi nadi meningkat dan

tekanan darah meningkat. Sesuai dengan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) dalam menegakkan diagnosa nyeri akut memiliki beberapa tanda dan gejala seperti mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah.

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang terjadi akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri ini seringkali disertai tanda-tanda respons fisiologis seperti peningkatan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi napas, dan stres metabolismik, serta dampak psikologis seperti kecemasan, depresi, dan gangguan tidur. Oleh karena itu, deteksi dini dan intervensi cepat sangat penting dalam upaya pencegahan komplikasi jangka panjang (Jamal et al., 2022).

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu pasien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berdasarkan SLKI yaitu frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun dan kesulitan tidur menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen nyeri. Intervensi yang diberikan pada kedua pasien untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan (terapi relaksasi benson) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Pada bagian memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dilakukan terapi relaksasi benson. Terapi relaksasi benson dilakukan

sebelum pasien mendapatkan terapi obat. Terapi relaksasi benson ini dilakukan selama 2 kali dalam sehari dengan durasi pemberian 10 – 15 menit, intervensi dilakukan sebelum pasien mendapatkan terapi obat. Terapi 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. Apabila O<sub>2</sub> dalam otak tercukupi maka manusia dalam kondisi seimbang. Kondisi ini akan menimbulkan keadaan rileks secara umum pada manusia (Zefrianto et al., 2024).

Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan corticotropin releasing factor (CRF). CRF akan merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi proopiod melanocortin (POMC) sehingga produksi enkephalin oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar dibawah otak juga menghasilkan  $\beta$  endorphine sebagai neurotransmitter. Endorphine muncul dengan cara memisahkan diri dari deoxyribo nucleic acid (DNA) yaitu substansi yang mengatur kehidupan sel dan memberikan perintah bagi sel untuk tumbuh atau berhenti tumbuh (Zefrianto et al., 2024).

Pada permukaan sel terutama sel saraf terdapat area yang menerima endorphine. Ketika endorphine terpisah dari DNA, endorphine membuat kehidupan dalam situasi normal menjadi tidak terasa menyakitkan. Endorphine mempengaruhi impuls nyeri dengan cara menekan pelepasan neurotransmitter di presinap atau menghambat impuls nyeri di postsinap di postsinap sehingga rangsangan nyeri tidak dapat mencapai kesadaran dan sensorik nyeri tidak dialami (Zefrianto et al., 2024).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan wujud dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah: mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah

komplikasi, menentukan perubahan sistem tubuh, memantapkan hubungan klien dengan lingkungan dan implementasi pesan dokter (Cahyani, 2023).

Pelaksanaan implementasi keperawatan dengan masalah keperawatan **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisik** yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 yaitu mengukur tanda – tanda vital, menanyakan lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri yang dirasakan, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon non verbal nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri dan menjelaskan strategi meredakan nyeri (relaksasi), mengajarkan teknik non farmakologis yaitu terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri selama 10-15 menit, memantau keberhasilan terapi non farmakologis yang diberikan, memberikan terapi injeksi dan terapi obat.

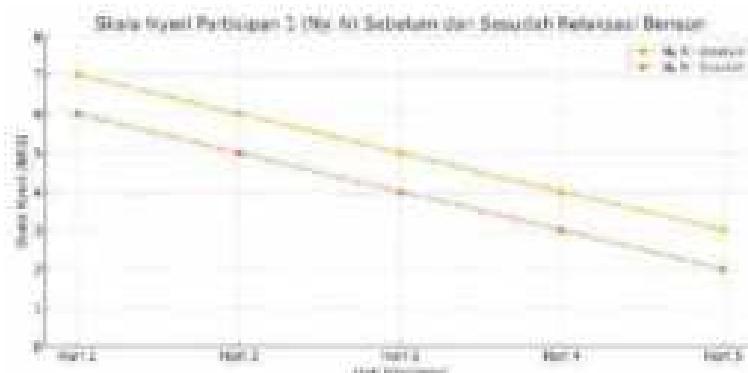
Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Syarif, 2023) dimana implementasi yang diberikan adalah Lakukan pengkajian lokasi dan skala nyeri pasien, melakukan pengukuran vital sign, memberikan posisi yang nyaman bagi pasien, mengajarkan relaksasi benson untuk mengurangi nyeri, mengontrol faktor lingkungan, memberikan edukasi tentang pentingnya istirahat serta memberikan terapi obat.

Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut penulis melakukan penerapan terapi relaksasi benson pada kedua partisipan. Terapi relaksasi benson dilakukan pada kedua partisipan sebanyak 2 kali dalam sehari dengan durasi pemberian 10 – 15 menit dalam 5 hari penerapan. Intervensi dilakukan pada pagi dan sore hari pada jam 08.30 dan 16.00 atau sebelum pasien mendapatkan terapi obat. Terapi dilakukan langsung oleh peneliti dengan bimbingan dan panduan agar partisipan dapat melakukannya dengan benar dan konsisten. Meskipun hasil implementasi menunjukkan efektivitas terapi relaksasi benson dalam menurunkan nyeri, namun berdasarkan hasil pengamatan langsung dan diskusi dengan

preseptor klinik selama masa penelitian, penulis menemukan bahwa di Ruang Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang, terapi non-farmakologis yang paling sering digunakan adalah teknik relaksasi napas dalam, dibandingkan dengan terapi relaksasi benson.

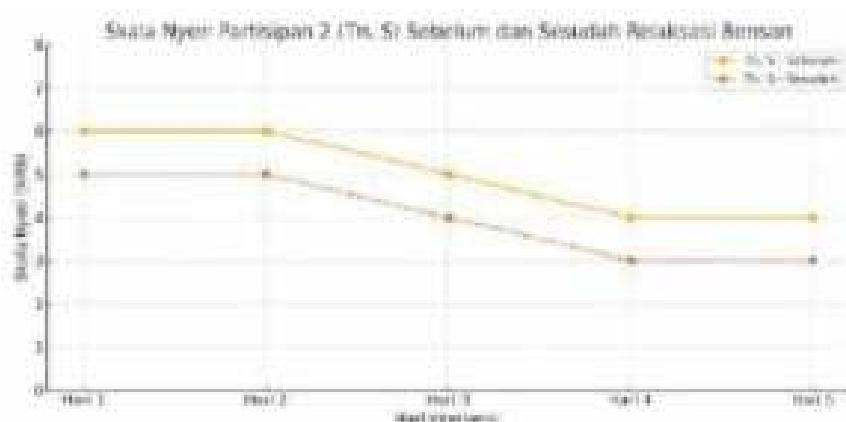
Terapi relaksasi benson merupakan teknik yang menggabungkan pernapasan teratur dan komponen spiritual, yang dapat menurunkan konsumsi oksigen tubuh, melemaskan otot-otot, serta menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Saat asupan oksigen di otak tercukupi, sistem tubuh menjadi lebih seimbang dan berada dalam kondisi relaksasi menyeluruh. Proses relaksasi ini memicu aktivitas pada hipotalamus, yang kemudian melepaskan corticotropin-releasing factor (CRF). Hormon ini akan merangsang kelenjar hipofisis (pituitari) untuk memproduksi proopiomelanocortin (POMC), prekursor dari beberapa senyawa penting seperti enkephalin dan  $\beta$ -endorfin. Enkephalin dihasilkan oleh medula adrenal, sedangkan  $\beta$ -endorfin diproduksi oleh kelenjar pituitari dan berfungsi sebagai neurotransmitter alami pengurang nyeri. Endorfin bekerja dengan menekan pelepasan neurotransmitter pada sinaps presinaptik atau menghambat transmisi sinyal nyeri di pos-sinaps, sehingga rangsangan nyeri tidak sampai diproses oleh otak dan sensasi nyeri pun tidak disadari oleh pasien. Bagi penulis terapi relaksasi benson lebih membantu dalam mengurangi persepsi nyeri. Hal demikian dapat dilihat berdasarkan tabel dan grafik dibawah ini.

**Gambar 4. 1 Grafik Line Sebelum Dan Sesudah Penerapan Terapi Relaksasi Benson Pada Partisipan 1**



Berdasarkan grafik line terdapat perubahan atau penurunan tingkat nyeri pada partisipan 1 sebelum dan sesudah dilakukannya terapi relaksasi benson, dimana hasil skala nyeri pada partisipan 1 sebelum dilakukan terapi relaksasi benson pada pertemuan pertama didapatkan skala nyeri 7 dan setelah dilakukan terapi relaksasi benson selama 5 hari penerapan menjadi 2.

**Gambar 4. 2 Grafik Line Sebelum Dan Sesudah Penerapan Terapi Relaksasi Benson Pada Partisipan 1**



Berdasarkan grafik line terdapat perubahan atau penurunan tingkat nyeri pada partisipan 2 sebelum dan sesudah dilakukannya terapi relaksasi benson, dimana hasil skala nyeri pada partisipan 2 sebelum dilakukan terapi relaksasi benson pada pertemuan pertama didapatkan skala nyeri 6 dan setelah dilakukan terapi relaksasi benson selama 5 hari penerapan menjadi 3.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wardani, 2024) dimana menunjukkan penurunan skala nyeri yang signifikan dimana pada pasien 1 menunjukkan skala nyeri 5 pada hari pertama menjadi skala nyeri 3 pada hari ke lima dan pada pasien 2 dari skala 4 pada hari pertama turun menjadi skala 3 pada hari ke lima. Temuan ini juga diperkuat oleh penelitian (Lumuan et al., 2024) yang menunjukkan bahwa terapi relaksasi benson diberikan 2 kali di pagi dan sore hari dalam 2 hari dengan durasi kurang

lebih 15 menit setiap sesi, yang efektif menurunkan nyeri dari skala 4 menjadi skala 2.

Peneliti berasumsi bahwa implementasi terapi relaksasi benson sebagai bagian dari intervensi keperawatan pada diagnosa nyeri akut dapat berjalan efektif apabila diberikan secara teratur sesuai durasi dan frekuensi yang telah direncanakan, yaitu dua kali sehari selama 10-15 menit. Dengan pemberian terapi ini, pasien pasca operasi fraktur femur diharapkan mengalami penurunan intensitas nyeri secara signifikan. Terapi relaksasi Benson tidak hanya berfungsi mengurangi persepsi nyeri, tetapi juga berperan dalam mempertahankan daya tahan tubuh pasien, mencegah komplikasi akibat nyeri berkepanjangan, serta memperbaiki kondisi psikologis pasien. Untuk memaksimalkan hasil intervensi, pemberian terapi relaksasi benson sebaiknya dilakukan sebelum pemberian obat analgesik. Selain itu, edukasi kepada pasien dan keluarga sangat penting, berupa pemberian leaflet serta pelatihan cara melakukan terapi relaksasi benson dengan benar. Dengan demikian, pasien dan keluarga dapat melaksanakan terapi ini secara mandiri di rumah saat nyeri muncul, sehingga dapat mengurangi ketergantungan pada obat analgesik. Peneliti juga memberikan panduan dan bimbingan langsung kepada setiap partisipan sebagai subjek penelitian agar pelaksanaan terapi berjalan optimal.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Pada karya tulis akhir ini peneliti melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 21 April sampai 10 Mei 2024. Hasil evaluasi setelah dilakukan manajemen nyeri pada kedua pasien yaitu pada partisipan 1 Pasien yang awalnya skala nyeri 7 sekarang sudah menurun menjadi skala nyeri 2, sedangkan pada partisipan 2 Pasien yang awalnya skala nyerinya 6 sudah turun menjadi skala nyeri 3. Kolaborasi antara pemberian analgetik dan penerapan terapi relaksasi benson terbukti secara signifikan dapat menurunkan persepsi nyeri pada pasien.

Hasil evaluasi hari pertama, setelah dilakukan terapi relaksasi benson pada hari pertama, terjadi penurunan intensitas nyeri pada kedua partisipan. Pada Ny. N, intensitas nyeri sebelum dilakukan terapi berada pada skala 7. Setelah intervensi, skala nyeri menurun menjadi 6. Sementara itu, pada Tn. S, intensitas nyeri awal berada pada skala 6 dan menurun menjadi skala 5 setelah diberikan terapi relaksasi Benson.

Pada hari kedua pascaoperasi, Sebelum dilakukan terapi relaksasi benson, Ny. N melaporkan nyeri dengan skala 6, begitu pula dengan Tn. S yang juga mengalami nyeri dengan skala 6. Setelah dilakukan terapi relaksasi benson, terjadi penurunan intensitas nyeri pada keduanya. Skala nyeri pada Ny. N menurun menjadi 5, begitu juga pada Tn. S yang menunjukkan penurunan skala nyeri menjadi 5.

Pada hari ketiga pascaoperasi, Sebelum dilakukan terapi relaksasi benson, Ny. N melaporkan nyeri dengan skala 5, sedangkan Tn. S melaporkan nyeri dengan skala 5. Setelah intervensi terapi relaksasi benson diberikan, terjadi penurunan intensitas nyeri pada kedua partisipan. Skala nyeri pada Ny. N menurun menjadi 4, dan pada Tn. S menurun menjadi 4.

Pada hari keempat pasca operasi, Sebelum dilakukan terapi relaksasi benson, Ny. N melaporkan nyeri dengan skala 4, demikian pula Tn. S yang juga mengalami nyeri dengan skala 4. Setelah dilakukan terapi relaksasi benson, skala nyeri pada Ny. N menurun menjadi 3, dan pada Tn. S juga menurun menjadi skala 3.

Pada hari kelima pascaoperasi, Sebelum dilakukan terapi relaksasi Benson, Ny. N melaporkan skala nyeri sebesar 3, sementara Tn. S melaporkan skala nyeri sebesar 4. Setelah dilakukan terapi relaksasi Benson, skala nyeri pada Ny. N menurun menjadi 2, dan pada Tn. S menurun menjadi 3. Ny. N dan Tn. S rencana pulang, intervensi dilanjutkan pasien di rumah, sebelum itu

pasien dan keluarga telah diberikan edukasi dengan media leaflet tentang terapi relaksasi benson.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Astari et al., 2023) setelah 10 menit pemberian obat nyeri dan terapi relaksasi Benson di lingkungan yang tenang dalam posisi telentang atau nyaman, pasien melaporkan sudah ada penurunan nyeri yang dari skala nyeri 7 (nyeri berat) ke skala nyeri 5 (sedang) sehingga pasien tampak rileks. Dan penelitian yang dilakukan oleh (Zefrianto et al., 2024) yang menyatakan bahwa pemberian terapi relaksasi benson selama 15 menit terjadi penurunan skala nyeri pada kedua subyek penerapan, yaitu subjek I dari skala nyeri 6 (enam) menjadi 4 (empat) dan pada subyek II dari skala nyeri 5 (lima) menjadi 3 (tiga).

Peneliti berasumsi bahwa kolaborasi antara pemberian analgesik dan penerapan terapi relaksasi benson secara efektif dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi fraktur femur. Penurunan skala nyeri yang signifikan pada kedua partisipan setelah intervensi ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi benson memberikan kontribusi penting dalam mengurangi persepsi nyeri. Selain itu, keberhasilan terapi ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa penerapan terapi relaksasi benson dalam waktu singkat mampu menimbulkan efek relaksasi dan menurunkan nyeri secara signifikan. Oleh karena itu, peneliti mengasumsikan bahwa penerapan terapi relaksasi benson sebagai bagian dari manajemen nyeri non-farmakologis dapat meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri serta membantu proses pemulihan pasien secara optimal.

## 6. Analisis Penerapan EBN

### a. Implikasi Penerapan EBN

Penerapan evidence-based nursing (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan outcome yang lebih baik maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktik keperawatan

merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia kartika, 2020).

Pada Karya Tulis Akhir ini penulis memfokuskan pada penerapan terapi relaksasi benson dalam asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Femur terhadap penurunan nyeri, dimana hasil beberapa penelitian yang mendukung keberhasilan dari terapi benson ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Wardani, 2024) berjudul “Penerapan Terapi Benson pada Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur dengan Nyeri Akut” Hasil penelitian menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 sudah teratasi yang dapat dilihat dari menurunnya skala nyeri dimana dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3, pada pasien 2 menunjukkan perkembangan kesehatan dan masalah keperawatan yang teratasi, yang dapat dilihat dari penurunan skala nyeri dari skala 4 turun menjadi skala 3. Dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi relaksasi benson terhadap upaya penurunan nyeri pada pasien fraktur femur.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Astari et al., 2023) dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi Inovasi Terapi Benson” Didapatkan hasil setelah 10 menit pemberian obat nyeri dan terapi relaksasi Benson di lingkungan yang tenang dalam posisi telentang atau nyaman, pasien melaporkan sudah ada penurunan nyeri yang dari skala nyeri 7 (nyeri berat) ke skala nyeri 5 (sedang) sehingga pasien tampak rileks. Hal ini menandakan bahwa nyeri yang dialami pasien sudah berubah. Kolaborasi pemberian obat anti nyeri dan terapi relaksasi benson ditemukan bahwa skala nyeri pasien menurun.

Terapi relaksasi Benson diharapkan dapat diterapkan pada pasien dengan nyeri akibat fraktur femur di RSUP Dr. M. Djamil Padang

sebagai salah satu alternatif intervensi keperawatan dalam manajemen nyeri. Terapi ini lebih efektif jika dilakukan 2–3 kali sehari selama 15–30 menit, sebelum pemberian analgetik. Edukasi melalui leaflet atau brosur juga penting agar pasien dan keluarga dapat melanjutkan terapi secara mandiri di rumah maupun di rumah sakit.

### **b. Keterbatasan EBN**

Pada proses implementasi terapi relaksasi benson masih memiliki keterbatasan yaitu penulis memerlukan beberapa hari untuk menurunkan tingkat nyeri pasca operasi fraktur femur di ruang trauma center Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Adanya distraksi eksternal seperti kunjungan dokter (visit) yang terjadi saat waktu pelaksanaan terapi, sehingga mengganggu fokus dan kenyamanan pasien dalam mengikuti sesi. Selain itu, durasi terapi yang seharusnya berlangsung 10–15 menit tidak selalu konsisten, karena pada beberapa sesi pasien hanya mampu melaksanakan selama 10 menit, sedangkan pada sesi lainnya mencapai 15 menit. Ketidakkonsistenan ini berpotensi mempengaruhi efektivitas terapi dan hasil pengukuran nyeri. Meskipun demikian, studi ini telah memberikan gambaran umum mengenai penerapan EBN terapi relaksasi Benson terhadap nyeri akut pada pasien fraktur femur.

### **c. Kelebihan dan Kekurangan Intervensi**

Beberapa kelebihan dan kekurangan dari menerapkan intervensi relaksasi benson yaitu (Permatasari & Sari, 2022; Wardoyo, 2024):

#### **a) Kelebihan Intervensi**

- 1) Relaksasi benson efektif menurunkan intensitas nyeri
- 2) Relaksasi benson ini tidak memerlukan alat khusus dan dapat diajarkan kepada pasien untuk dilakukan secara mandiri, baik di rumah sakit maupun di rumah.

- 3) Terapi relaksasi Benson dapat membantu pasien pasca operasi fraktur femur untuk lebih rileks, yang berdampak positif pada kualitas tidur mereka.
  - 4) Selain mengurangi nyeri fisik, terapi ini juga dapat membantu mengurangi kecemasan dan stres pada pasien, sehingga meningkatkan kesejahteraan psikologis mereka.
- b) Kekurangan intervensi
- 1) Efektivitas terapi ini bergantung pada konsistensi dan durasi pelaksanaannya.
  - 2) Meskipun efektif sebagai terapi tambahan, relaksasi Benson tidak dapat menggantikan terapi farmakologis sepenuhnya, terutama pada nyeri dengan intensitas tinggi.

**d. Rencana Tindak Lanjut**

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini mencakup anjuran kepada pasien dan keluarga untuk melanjutkan terapi relaksasi Benson secara mandiri di rumah. Hal ini tidak hanya bertujuan untuk mengurangi nyeri, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas tidur serta memberikan rasa nyaman terhadap nyeri yang dirasakan. Selain itu, perawat juga disarankan untuk melakukan edukasi berkelanjutan mengenai manajemen nyeri non-farmakologis, memberikan leaflet atau panduan tertulis mengenai teknik relaksasi, serta menjadwalkan kunjungan kontrol atau follow-up untuk memantau perkembangan kondisi pasien. Dukungan emosional dan psikologis juga penting diberikan kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kepatuhan terhadap terapi dan mempercepat proses pemulihan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur femur dengan intervensi relaksasi benson untuk menurunkan intensitas nyeri pada Ny. N dan Tn. S maka didapatkan kesimpulan bahwa:

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan 1 dengan *post op* fraktur femur pada 26 April 2025 ditemukan bahwa pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi di bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri bertambah saat kaki digerakkan, nyeri terasa ditusuk-tusuk dengan skala nyeri pasien 7. Sedangkan pada partisipan 2 dengan *post op* fraktur femur pada 08 Mei 2025 ditemukan bahwa pasien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi di bagian paha kanan, pasien mengatakan nyeri bertambah saat kaki digerakkan, nyeri terasa ditusuk-tusuk dengan skala nyeri pasien 6.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen nyeri, manajemen hiperglikemia, dukungan mobilisasi, dan pencegahan infeksi.
4. Implementasi keperawatan diberikan pada kedua partisipan selama 5 hari dengan *Evidence Based Nursing* yang diterapkan adalah Terapi Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien *Post Op* Fraktur Femur dengan durasi 10 – 15 menit yang diterapkan 2 kali dalam sehari.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan masalah manajemen nyeri teratasi sebagian, masalah ketidakstabilan kadar gula darah teratasi sebagian, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Ny. N dan Tn. S menyatakan intensitas nyeri yang dirasakan menurun dan memberikan rasa nyaman serta rileks. Setelah dilakukan intervensi relaksasi benson dalam menurunkan intensitas nyeri

pada partisipan I dan partisipan II didapatkan penurunan rasa nyeri. Skala nyeri Ny. N dari 7 (nyeri berat) menjadi 2 (nyeri ringan), sedangkan pada Tn. S dari 6 (nyeri sedang) menjadi 3 (nyeri ringan). Berdasarkan intervensi yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi benson berperan dalam menurunkan tingkat nyeri pada pasien dengan fraktur femur yang dirawat di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **B. Saran**

### 1. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi alternatif dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien *Post Op* Fraktur Femur yang mengalami masalah nyeri akut di Ruangan Bedah *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 2. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan tambahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

### 3. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan menganalisa, dan pengetahuan penulis khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh relaksasi benson untuk mengatasi nyeri akut pada pasien *post op* fraktur femur.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien *post op* fraktur femur yang mengalami nyeri akut. Selain itu penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya terkait intervensi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri pasien *post op* fraktur femur. Peneliti selanjutnya dapat meneliti intervensi lain yang efektif digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien *post op* fraktur femur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., & Munthe, S. A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Almigdad, A., Mustafa, A., Alazaydeh, S., Alshawish, M., Bani Mustafa, M., & Alfukaha, H. (2022). Bone Fracture Patterns and Distributions according to Trauma Energy. *Advances in Orthopedics*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/8695916>
- Amris. (2019). Pain from torture: Assessment and management. *Pain Reports*, 4(6).
- Anggraeni, N. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komplementer* (Cetakan Pe). PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Anitescu, M., Benzon, H. T., & Wallace, M. s. (2017). *Challenging Cases and Complication Management in Pain Medicine* (1st ed.). Springer International Publishing.
- Astari, K. A., Heri, M., Putra, G. N. W., & Sugiartini, D. K. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi Inovasi Terapi Benson. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(2), 3520–3526. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7422>
- Ayuniara, C. (2024). *EFEKTIFITAS PEMERIAN RELAKSASI BENSON TERHADAP PENURUNAN NYERI POST OPERASI PADA FRAKTUR DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA*.
- Bariah, S., Vidya, Nidaul, Y., Erina, Haluti, F., Pranata, A., Budianto, A., & D., R. (2024). *Buku Ajar Konsep Dasar Penelitian*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Benson & Stark, M. (2020). The Relaxation Response. *HarperOne*.
- BPS. (2024). *Data Kecelakaan Lalu Lintas yang Terjadi di Provinsi Sumatera Barat 2024*. <https://sumbar.bps.go.id/id/statistics-table/2/NTM2IzI=/data-kecelakaan-lalu-lintas-yang-terjadi-di-provinsi-sumatera-barat.html>
- Cahyani, Y. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah DIII Keperawatan Jilid II*. Mahakarya Citra Utama.
- Crombez, G., Veirman, E., Van Ryckeghem, D., Scott, W., & De Paepe, A. (2023). The effect of psychological factors on pain outcomes: Lessons learned for the next generation of research. *Pain Reports*, 8(6), E1112. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001112>
- Fransiska, N., Anggraeni, A., Ade, I., & Liscyaningsih, N. (2024). *Jurnal Kesehatan Republik Indonesia Teknik Pemeriksaan Radiografi Femur Dengan Modifikasi Penyudutan Central Ray Di Instalasi Radiologi RS PKU*. 1(9), 180–185.
- Handayani & Putri, A. (2023). Karakteristik Nyeri Pasca Operasi pada Pasien Fraktur Femur di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 45–53.
- Handinata, I. S. A. S. Hsa. I. (2024). *PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR DI RUANG BEDAH KHUSUS RSUD JENDERAL AHMAD YANI METR*. 4(September), 2020–2025.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. [Nama

- Penerbit].
- Herien, Y. (2024). *TERAPI RELAKSASI UNTUK MENGATASI BERBAGAI MASALAH KEPERAWATAN*. EUREKA MEDIA AKSARA.
- Jamal, F., Andika, T. D., & Adhiany, E. (2022). Penilaian dan Modalitas Tatalaksana Nyeri. *Ked. N. Med* , 5(3), 66–73.
- Kurniawan, S. N. (2015). *Nyeri Secara Umum dalam Continuing Neurological Education 4, Vertigo dan Nyeri*. UB Press, Universitas Brawijaya.
- Leniwita, A. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah I*.
- Lumuan, A., Yulianti, S., & Tahir, S. (2024). Implementasi Pemberian Relaksasi Benson untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah Implementation of Benson Relaxation to Reduce Pain in Post-Operational Fracture Patients at Undata Hospital , Central S. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(5), 1682–1688. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i5.4376>
- Ni wayan rahayu, Notesya, I. (2023). BUNGA RAMPAI MANAJEMEN NYERI. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- 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>
- Permatasari, C., & Sari, I. Y. (2022). 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 , November2022 Jurnal Kepe. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 2(2), 216–220.
- Rahayu, P. (2023). *Bunga Rampai Manejemen Nyeri*.
- Ramadhan, M. (2022). *Metode Penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156). [https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan\\_Riskesdas\\_2018\\_Nasional.pdf](https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- Roflin, P. E., & Liberty, I. A. (2021). *Populasi, Sampel, Variabel*. PT. Nasya Exspanding Managment.
- Rohma, N. (2015). *Diagnosis Dan Tindakan Keperawatan Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi*.
- RSUP Dr. M Djamil Padang. (2024). *Laporan data kasus fraktur tahun 2024*. RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- Shukla, S., Kumar, V., & Singh, R. (2023). Open Fractures: Classification, Risk of Infection, and Treatment Protocols. *International Journal of Trauma and Orthopaedics*, 8(2), 120–128. <https://doi.org/10.5678/ijto.v8i2.2023>
- Soeharto, S., Nugroho, A., & Prasetyo, A. (2022). Management of Open Fractures: A Review of Current Guidelines and Practices. *Jurnal Orthopaedi Indonesia*, 15(1), 45–52. <https://doi.org/10.1234/joind.v15i1.2022>
- Sofiah, W. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Herniotomi Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di LT 11 Blok D Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. *Kesehatan Keluarga*, 14(2), 40–47.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*

- Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC.*  
Susilawati, dkk. (2024). *Buku Ajara Keperawatan Medikal Bedah III*. Mahakarya Citra Utama.
- Syarif, B. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN PENERAPAN RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN FRATUR FEMUR POST ORIF DI RUANGAN BEDAH TRAUMA CENTER RSUP DR. MDJAMIL PADANG TAHUN 2024 KEPERAWATAN. *Repo.Stikesalifah.Ac.Id*.
- Tama, W. N., Edyanto, A. S., & Yudiyanta. (2020). Nyeri pada individu lanjut usia: perubahan fisiologis serta pilihan analgesik yang rasional Pain in older adults: physiological changes and rational use of analgesic. *Berkala Neurosains*, 19(2), 53–59.
- Tamsuri, A. (2021). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA*.
- Wardani, S. P.; I. B.; Y. F. (2024). Penerapan Terapi Benson pada Asuhan Keperawatan Pasien Fraktur Femur dengan Nyeri Akut. *JURNAL KESEHATAN CENDIKIA JENIUS*, 1(2), 2–7.
- Wardoyo, E. S. G. S. H. Z. U. (2024). TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN RASA NYERI PADA PASIEN FRAKTUR FEMUR SINISTRA: LITERATURE REVIEW. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(2), 52–114.
- Wijaya, I. P. A., Wati, D. K., Pudjiadi, A., Latief, A., Francisco, A. R. L., Ogasawara, H., Megawahyuni, A., Hasnah, H., & Azhar, M. U. (2021). Factors Influence Pain Intensity Patient Post Operation Lower Limb Fracture In BRSU Tabanan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2(1), 8.
- Zefrianto, D., Sari, S. A., Inayati, A., Dharmo, 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).

# **LAMPIRAN**

**Lampiran 1 Ganchart KTA**

**GANCHART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS TAHUN 2025**

No	Kegiatan	Pra Magang		Magang (21 April – 10 Mei 2025)			12-16 Mei 2025	UJIAN KTA 19 – 30 Mei 2025	2 - 6 Juni 2025
		Okt-Des 2024	Januari-April 2024	Mggu I	Mggu II	Mggu III			
1	Koordinasi ttg revisi Panduan KTA 2025	Green							
2	Penentuan kuota kasus dan pembimbing KTA	Green							
3	Konsultasi Jurnal/Artikel EBN	Green	Blue						
4	Konsultasi dan Penyusunan BAB I, II, III		Blue	Blue					
5	Koordinasi dan Sosialisasi EBN di lahan			Blue					
6	Pelaksanaan/penerapan EBN pada kasus			Orange	Orange	Orange			
7	Penyusunan BAB IV (gambaran kasus dan pembahasan)			Yellow	Yellow	Yellow			
8	Penyusunan BAB V				Yellow		Yellow		
9	Pendaftaran sidang KTA						Red		
10	Sidang KTA							Pink	Pink
11	Revisi laporan sidang KTA							Pink	Pink
12	Pembuatan/Konsultasi Manuskrip hasil KTA								Pink
13	Pengumpulan laporan KTA ke prodi								Pink

Pembimbing

(Ns. Suhaimi, S.Kep., M.Kep)  
NIP 19690715 199803 1 002

Padang, 23 Mei 2025  
Mahasiswa

(Elya Khairatunnisa, S.Tr.Kep)  
NIM 243410013

## Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP



#### A. Identitas Diri

Nama : Elya Khairatunnisa  
Nim : 243410013  
Agama : Islam  
Tempat/tanggal lahir : Payakumbuh/ 03 Mei 2002  
Alamat : Jl. K.H Ahmad Dahlan, Balai Batung, Kel. Ompang Tanah Sirah, Payakumbuh Utara  
No.Telp/Hp : 085216294114  
Email : [khairatunnisaela@gmail.com](mailto:khairatunnisaela@gmail.com)

#### B. Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD Islam Raudhatul Jannah	2014
2	SMP Islam Raudhatul Jannah	2017
3	SMA Islam Boarding School Raudhatul Jannah	2020
4	Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang	2024
5	Prodi Pendidikan Profesi Ners	2025

## Lampiran 3 Lembar Bimbingan KTA

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTA**

**Nama Mahasiswa :** Elvia Khairunnisa  
**NIM :** 243410013  
**Prodi :** Profesi Net  
**Pembimbing :** Ny. Subairi, M.Kep  
**Judul KTA :** Penerapan Perencanaan Terapi Rezaksi Berdasarkan Asuhan Kepersalinan Pada  
 Pasien Post Op Fraktur Femur Dengan Nyeri Akut Di Ruang Trauma Center Ims  
 Bedah Rumah Dr. M. Djamil Padang

Bimbingan ke	Tarikh/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	25-03-2024	Konseling Terapi Rezaksi Berdasarkan Asuhan Kepersalinan pada Nyeri	
II	26-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
III	26-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
IV	27-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
V	28-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
VI	29-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
VII	30-03-2024	Bimbingan I, II, dan III - peran perawat dalam kesiapan - kesiapan pasien	
VIII	31-03-2024	AKTIF	

El. Prodi. Profesi Net

 Ny. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep. Mat  
 NIP. 198004232002122001

## Lampiran 4 SOP Relaksasi Benson

### Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Benson

<b>Standar Operasional Pelaksanaan ( Sop ) Terapi Relaksasi Benson</b>	
<b>Pengertian</b>	Terapi Relaksasi Benson adalah teknik Benson relaksasi yang merupakan penggabungan antara teknik respon relaksasi dengan sistem keyakinan individu (faith factor). Fokus utama dari relaksasi ini adalah pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama - nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi klien itu sendiri.
<b>Tujuan</b>	Menurunkan atau mengurangi nyeri ,mengendalikan ketegangan otot , dan juga mengendalikan pernapasan, marah, cemas, disritmia jantung, , depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang.
<b>Waktu</b>	Selama 10 – 15 menit, 2 x sehari, sebaiknya sebelum diberikan obat atau makan.
<b>Persiapan Klien dan Lingkungan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>f. Identifikasi tingkat nyeri klien</li><li>g. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien</li><li>h. Berikan penjelasan tentang terapi Benson</li><li>i. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini</li><li>j. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien</li></ul>
<b>Peralatan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>d. Pengukur waktu</li><li>e. Catatan observasi klien</li><li>f. Pena dan buku Catatan Kecil</li></ul>
<b>Tahap Orientasi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>d. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li><li>e. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li><li>f. Melakukan kontrak waktu</li></ul>
<b>Tahap Pelaksanaan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>l. Pastikan lingkungan relaksasi nyaman dan tenang</li><li>m. Instruksikan klien untuk menentukan tempat yang mereka sukai</li><li>n. Instruksikan klien mengambil posisi yang untuk dirasa paling nyaman, seperti telentang atau duduk.</li><li>o. Instruksikan klien untuk menutup matanya secara perlahan.</li><li>p. Selanjutnya anjurkan klien untuk merilekskan seluruh anggota tubuhnya.</li><li>q. Rilekskan anggota tubuh bagian atas (kepala, leher, dan bahu) dengan cara memutar kepala dan mengangkat bahu secara perlahan.</li><li>r. Menganjurkan klien untuk mengucapkan kalimat istighfar, menenangkan pikiran pada waktu menarik nafas melalui hidung dan anjurkan untuk tahan nafas selama 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut sambil mengucapkan Alhamdulillah.</li><li>s. Ulang terus selama 10 -15 menit</li><li>t. Kalimat Allah yang dapat diucapkan yaitu Alhamdulillah, Subhanallah, dan Allahu Akbar atau nama-Nya dalam Asmaul Husna</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>u. Kemudian yang terakhir berbaring diam selama beberapa menit, pertama-tama tutup mata dan kemudian membukanya.</li> <li>v. Setelah selesai secara perlahan – lahan maka Klien diperbolehkan untuk membuka mata untuk melihat Kembali.</li> </ul>
<b>Tahap Terminasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi skala nyeri setelah intervensi</li> <li>b. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>c. Ucapkan salam</li> </ul>
<b>Dokumentasi</b>	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

## Lampiran 5 Media Sosialisasi Relaksasi Benson

## Media sosialisasi EBN

## **Lampiran 6 Surat Permohonan Kepada Responden**

### **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Umur : .....

No. Hp : .....

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Elya Khairatunnisa (243410013) mahasiswi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang dengan judul **“Penerapan Terapi Relaksasi Benson Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Dengan Nyeri Akut Di Ruang Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil. Padang”**. Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 2025

Responden

## Lampiran 7 Informed Consent Pasien

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

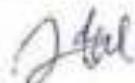
Nama : Nitawati

Umur : 31

No. Hp : :

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Ellya Khairatunnisa (243410013) mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang dengan judul "Penerapan Terapi Relaksasi Benson Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Dengan Nyeri Akut Di Ruang Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang". Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 25 Februari 2025



Responden

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang beranda tangan dibawah ini :

Nama : SUHERMAN

Umur : 71

No. Hp : 021-12345678

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Elya Khairunnisa (243410013) mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang dengan judul "Penerapan Terapi Relaksasi Benson Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Dengan Nyeri Akut Di Ruang Trauma Center Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil, Padang". Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 04 Mei 2025



Responden

## **Lampiran 8 Asuhan Keperawatan Partisipan 1 dan 2**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **Partisipan 1**

##### **A. Pengkajian**

###### **1. Identitas Pasien**

Nama	:	Ny. N
No. RM	:	01.25.80.13
Umur	:	71 Tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Pendidikan	:	SMA
Alamat	:	Komp. Mawar Putih M8, Padang
Tanggal masuk	:	18 April 2025
Tanggal Pengkajian	:	26 April 2025
Diagnosa Medis	:	Closed Fracture Of Right Basicervical Femur AO Classification 31B3

###### **2. Identitas Penanggung Jawab**

Nama	:	Ny. N
Umur	:	40 Tahun
Pekerjaan	:	IRT
Alamat	:	Komp. Mawar Putih M8, Padang
Pendidikan terakhir	:	S1
Hubungan	:	Anak Kandung

###### **3. Riwayat Kesehatan**

###### **a. Keluhan Utama**

Pasien masuk ke RSUP Dr. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 18 April 2025 pada pukul 06.12 WIB, pasien masuk dengan keluhan nyeri pada panggul kanan sejak 3 hari SMRS. Awalnya pasien sedang berjalan di dalam rumah, kemudian pasien hilang keseimbangan dan terjatuh dengan bagian panggul kanan menghantam lantai terlebih dahulu. Pasien dibawa ke IGD SPH, dirawat untuk perbaikan hiperglikemia dan hipoalbumin. Pasien dirujuk ke RSUP M.Djamil Padang untuk perbaikan hypoalbuminemia dan rencana hip arthroplasty.

###### **b. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2025 pada pukul 09.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr. Djamil Padang, saat dilakukan pengkajian, pasien tampak berbaring dan cukup tenang, namun terlihat sedikit gelisah. Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan, terutama saat dilakukan pergerakan, kualitas nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk – tusuk. Pasien mengatakan nyeri sering hilang timbul, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 7. Ekspresi wajah pasien tampak meringis dan kepal berkerut, dan tampak terbatas melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki Riwayat penyakit DM tipe 2 sejak 15 tahun yang lalu dan control rutin ke RS Aisyah. Konsumsi metformin 1x1 dan glimepiride 1x1.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi dan Jantung.

e. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan selalu mendapat dukungan dari keluarga, yaitu anaknya selalu bergantian merawatnya di rumah sakit. Pasien mengatakan setiap masalah yang muncul di keluarga nya selalu diselesaikan bersama - sama.

#### 4. Pengkajian Fungsional Gordon

a. Kebutuhan nutrisi dan metabolic

Sehat: Pasien makan 3x/hari dengan nasi, lauk, dan sayur, menghabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik, tidak ada alergi makanan. Minum air putih 5–6 gelas/hari.

Sakit: Selama di rumah sakit pasien makan dengan diet DD dari rumah sakit 3x sehari. Pasien menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanannya, namun nafsu makan menurun. Minum air putih hanya 2–3 gelas/hari (1 botol aqua sedang).

b. Kebutuhan eliminasi

Sehat: Selama dirumah pasien BAB 1 kali/hari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK 3-4 kali/hari dan tidak ada nyeri ketika BAK.

Sakit: Selama di RS pasien BAB 1 kali dalam 2 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning kepekatan, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK.

c. Kebutuhan istirahat dan tidur

Sehat: Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan tidak ada tidur siang.

**Sakit:** Selama di RS pasien mengatakan sulit tidur dan merasa terganggu dikarenakan pasien merasa nyeri pada luka dan saat digerakkan terasa nyeri.

d. **Kebiasaan aktivitas/mobilitas**

**Sehat:** Aktivitas pasien sebelum masuk rumah sakit sehari-hari pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.

**Sakit:** Selama di RS kegiatan pasien dibantu sebagian oleh perawat dan keluarga, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kiri atas 5, ekstremitas kanan bawah 3, ekstremitas kiri bawah 5, aktivitas range of motion (ROM) pasif.

e. **Pola Persepsi Sensori dan Kognitif**

Pasien dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi dengan baik. Pasien mengatakan lebih nyaman dalam posisi berbaring dibanding duduk karena merasa pusing saat duduk terlalu lama. Pasien juga tampak sering gelisah dan menunjukkan ekspresi meringis kesakitan saat digerakkan atau saat terjadi perubahan posisi.

f. **Pola Persepsi dan Konsep Diri**

Pasien mengatakan tidak merasa terlalu cemas terhadap kondisinya karena yakin akan sembuh dan dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien menunjukkan sikap optimis dan penerimaan terhadap kondisinya saat ini.

g. **Pola Peran dan Hubungan**

Sebelum sakit, pasien meskipun sudah lansia, masih aktif membantu pekerjaan rumah dan mandiri dalam aktivitas sehari-hari. Setelah operasi, pasien mengalami keterbatasan gerak dan sangat bergantung pada keluarga. Hubungan pasien dengan keluarga tetap baik, dan keluarga mendampingi selama perawatan di rumah sakit.

h. **Pola Reproduksi dan Seksual**

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pola reproduksi maupun seksual.

i. **Pola Koping dan Toleransi Stress**

Pasien mengatakan tidak terlalu stres dengan kondisinya karena yakin akan pulih. Pasien menunjukkan sikap optimis dan berusaha bersabar selama masa pemulihan. Pasien mengatasi stres dengan banyak beristirahat, berdoa, dan menerima kondisi tubuhnya apa adanya. Dukungan keluarga juga membantu memperkuat koping pasien.

j. **Pola Nilai dan Keyakinan**

Pasien beragama Islam dan meyakini bahwa setiap penyakit adalah ujian dari Allah SWT. Pasien mengatakan tetap beribadah semampunya

meskipun dalam kondisi sakit. Pasien terlihat lebih tenang setelah shalat dan berdzikir.

## 5. Pemeriksaan Fisik

### a. Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15

TD : 139/70 mmHg  
Nadi : 80x/menit  
Pernafasan : 18x/menit  
Suhu : 36,9°C  
SpO2 : 99%  
TB : 150 cm  
BB : 45 Kg

### b. Kepala

Kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala simetris, warna rambut hitam dan terdapat uban, tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada benjolan.

### c. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan.

### d. Wajah

Warna kulit wajah kuning langsat, bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada oedema, Wajah terlihat pucat.

### e. Mata

Mata terlihat simetris, konjungtiva tidak Anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil terhadap cahaya (+/+), Pupil isokor 3mm/3mm.

### f. Telinga

Ukuran telinga kiri dan kanan sama, bentuk simetris, pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan pada daun telinga.

### g. Hidung

Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkak atau pendarahan.

### h. Mulut

Terlihat mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap dan memakai gigi palsu tidak ada nyeri

### i. Paru

- 1) Inspeksi : Tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi
- 2) Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama
- 3) Perkusi : Sonor
- 4) Auskultasi : suara nafas vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

### j. Jantung

- 1) Inspeksi : Iktus Kordis tidak terlihat
- 2) Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba
- 3) Perkusi : Pekak

- 4) Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1 - Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)
- k. Abdomen
- 1) Inspeksi : tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lesi
  - 2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas
  - 3) Perkus : tympani
  - 4) Auskultasi : bising usus normal(+)
- l. Genitalia
- Alat kelamin berjenis kelamin perempuan, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.
- m. Extremitas Atas
- 1) Inspeksi: tidak ada keterbatasan pergerakkan pada sistem ekstremitas atas, tidak ada oedema, akral hangat, CRT < 2.
  - 2) Palpasi: tidak ada nyeri tekan
- n. Ekstremitas Bawah
- 1) Inspeksi: tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat luka operasi di daerah femur, tertutup balutan, tidak ada rembesan, akral hangat, tidak bengkak. Gerakan sangat terbatas karena nyeri. Kekuatan otot: 3

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Labor

Tanggal	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Rabu/ 23 April 2025	Albumin	3.1	g/dL	(3.8-5.0)
	Globulin	3.0	g/dL	(1.3-2.7)
	Total Protein	6.1	g/dL	(6.6-8.7)
Kamis/ 24 April 2024	Gula darah 2 jam PP	314	mg/dL	(<140)
	Gula darah puasa	263	mg/dL	(70.0-99.0)
Sabtu/ 26 April 2025	Eritrosit	4.17	$10^6/\mu\text{L}$	(4.00-4.50)
	Hematokrit	34	%	(37.0-43.0)
	Hemoglobin	11.3	g/dL	(12.0-14.0)
	Leukosit	14.01	$10^3/\text{mm}^3$	(5.0-10.0)
	MCH	27	pg	(27.0-31.0)
	MCHC	34	%	(32.0-36.0)
	MCV	81	fL	(82.0-92.0)
	RDW-CV	13.2	%	(11.5-14.5)
	Trombosit	384	$10^3/\text{mm}^3$	(150-400)
	D-Dimer	7336	ng/mL	(<500)

- b. Pemeriksaan Radiologi  
 Jum'at/ 18 April 2025  
 Kesan: fraktur basicervical femur kanan

## 7. Terapi Medis

- 1) IVFD Tutosol 8 jam/kolf
- 2) Inj Gentamicin 2x80 mg
- 3) Inj Ranitidine 2x50 mg
- 4) Inj Ketonolac 3x30 mg
- 5) Gabapentin 2x300 mg
- 6) Xarelto 1x10 mg
- 7) Rivaroxaban 1x10 mg
- 8) Paracetamol 3x500 mg
- 9) Na diklofenak 2x50 mg
- 10) Cefixime 2x200 mg
- 11) Diit : DD IV 1700 kkal/III + Ekstra Minyak Ikan Gabus 200 cc
- 12) Diit : DD IV 1700 kkal/III + 2 Putel

## B. Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan kakinya terasa sakit dan nyeri pada paha sebelah kanan saat digerakkan. Kualitas nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan skala nyeri yang dirasakan 7.</p> <p>P: Nyeri post op</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Paha kanan</p> <p>S: Skala Nyeri 7</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif</li> <li>• Enggan menggerakkan tubuhnya</li> <li>• TD : 139/70 mmHg</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• S : 36,9°C</li> </ul>	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri Akut</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul>		
<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan badan lemah dan letih</li> <li>• Pasien mengatakan sering merasa haus</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadar gula darah 274 g/dL</li> <li>• Mukosa bibir kering</li> <li>• TD : 139/70 mmHg</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• S : 36,9°C</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul>	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kanan</li> <li>• Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan</li> <li>• Pasien mengatakan takut untuk menggerakkan kaki kanan</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot menurun</li> <li>• Rentang gerak menurun</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• TD : 139/70 mmHg</li> <li>• N : 80x/menit</li> <li>• S : 36,9°C</li> <li>• RR : 18x/menit</li> </ul>	Gangguan musculoskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik
<p>Data Subjektif :</p> <p>-</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak luka pada paha sebelah kanan</li> <li>• Tampak luka tertutup balutan kasa</li> <li>• Hb: 11.3 g/dL</li> <li>• Leukosit : <math>14.01 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> </ul>	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi

<ul style="list-style-type: none"> <li>● TD : 139/70 mmHg</li> <li>● N : 80x/menit</li> <li>● S : 36,9° C</li> <li>● RR : 18x/menit</li> </ul>		
--	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin
3. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal
4. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif

### D. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun,</li> <li>b. Meringis menurun,</li> <li>c. Sikap protektif menurun,</li> <li>d. Gelisah menurun,</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun,</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik,</li> <li>g. Pola nafas membaik,</li> <li>h. Tekanan darah membaik,</li> <li>i. Fungsi berkemih membaik,</li> <li>j. Nafsu makan membaik,</li> <li>k. Pola tidur membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri,</li> <li>3) Identifikasi response nyeri non verbal,</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri,</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>6) Identifikasi nyeri pada kualitas hidup,</li> <li>7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson),</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan),</li> </ol>

		<p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur,</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri,</li> <li>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri,</li> <li>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat,</li> <li>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson)</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pusing menurun</li> <li>b. Mulut kering menurun</li> <li>c. Rasa haus menurun</li> <li>d. Kestabilan kadar glukosa darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.15506)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan)</li> <li>3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>5) Monitor intake dan output cairan</li> <li>6) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ol> <p>Terapeutik</p>

		<p>1) Berikan asupan cairan oral</p> <p>2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</p> <p>2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu</p> <p>5) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p> <p>3) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</p>
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	<p><b>Dukungan (I.06171)</b></p> <p><b>Mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>3) Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p>

	<p>e. Kaku sendi menurun</p> <p>f. Gerakan terbatas menurun</p>	<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis : tongkat, kruk)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur kamar mandi, berjalan sesuai toleransi</li> </ol>
Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>b. Kebersihan badan meningkat</li> <li>c. Kemerahan menurun</li> <li>d. Nyeri menurun</li> <li>e. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2) Berikan perawatan kulit pada daerah luka</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3) Ajarkan etika batuk</li> <li>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol>

		6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	--

## E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Sabtu/ 26 April 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 182/104 mmHg N: 109x/menit RR: 20x/menit S: 36,5 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Mengidentifikasi respon non verbal nyeri</li> <li>5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri.</li> <li>8. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>9. Memberikan terapi nonfarmakologis yaitu terapi relaksasi benson</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: nyeri post op</li> <li>- Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: paha kanan</li> <li>- S: skala nyeri 6</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis</li> <li>- Pasien tampak takut melakukan pergerakan</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratas</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>

	10. Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan 11. Memfasilitasi istirahat dan tidur 12. Memberikan terapi obat	
	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Berkolaborasi pemberian diit DD IV 1700 kkal/III + Ekstra Minyak Ikan Gabus 200 cc 4. Memberikan injeksi novorapid 8ui/sc	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemah dan lelah</li> <li>- Pasien mengatakan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>- pasien menghabiskan 1 porsi makan</li> <li>- mukosa bibir tampak kering</li> <li>- GD: 242 mg/dL</li> </ul> A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar gula darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul>
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kakinya dan aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur</li> </ul> O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</li> <li>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul>
	<p>Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk penyembuhan luka</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka tertutup perban pada paha kanan dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit : <math>14.01 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>- Hb : 11.3 g/dL</li> </ul> <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>
Minggu/ 27 April 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 121/76 mmHg N : 74x/menit RR : 18x/menit S : <math>36.9^{\circ}\text{C}</math></li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan. berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: nyeri post op</li> <li>- Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: paha kanan</li> <li>- S: skala nyeri 5</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis</li> <li>- Pasien tampak takut melakukan pergerakan</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> <li>6. Memberikan terapi relaksasi benson</li> <li>7. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Berkolaborasi pemberian diit DD IV 1700 kkal/III + Ekstra Minyak Ikan Gabus 200 cc</li> <li>4. Memberikan injeksi novorapid 8ui/sc</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan masih lemah dan lelah</li> <li>- Pasien mengatakan masih pusing</li> <li>- Pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>- pasien menghabiskan 1 porsi makan</li> <li>- mukosa bibir tampak kering</li> <li>- GD: 282 mg/dL</li> </ul> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar gula darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kakinya dan aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul>
	<p>Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk penyembuhan luka</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka tertutup perban pada paha kanan dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit : <math>14.01 \cdot 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>- Hb : 11.3 g/dL</li> </ul> <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>
Senin/ 28 April 2025	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan. berkurang

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 120/70 mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit S : 36.7 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> <li>6. Memberikan terapi relaksasi benson</li> <li>7. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- P: nyeri post op</li> <li>- Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: paha kanan</li> <li>- S: skala nyeri 4</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Berkolaborasi pemberian diit DD IV 1700 kkal/III + 2 Putel</li> <li>4. Memberikan injeksi novorapid 8ui/sc</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan masih lemah dan lelah</li> <li>- Pasien mengatakan pusing sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>- pasien menghabiskan 1 porsi makan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- mukosa bibir tampak kering</li> <li>- GD: 264 mg/dL</li> </ul> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar gula darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</li> <li>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya namun aktivitas masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri dan mampu duduk disamping tempat tidur</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul>
	<p>Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post op pasien sudah kering dan tertutup perban dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit : <math>14.01 \cdot 10^3/\text{mm}^3</math></li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>5. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi untuk penyembuhan luka</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb : 11.3 g/dL</li> </ul> <p>A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>
Selasa/ 29 April 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 19x/menit S : 36.5 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> <li>6. Memberikan terapi relaksasi benson</li> <li>7. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan. berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: nyeri post op</li> <li>- Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: paha kanan</li> <li>- S: skala nyeri 3</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>

	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Berkolaborasi pemberian diit DD IV 1700 kkal/III + 2 Putel</li> <li>4. Memberikan injeksi novorapid 8ui/sc</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa lebih segar</li> <li>- Pasien mengatakan tidak pusing</li> <li>- Pasien mengatakan rasa haus berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>- pasien menghabiskan 1 porsi makan</li> <li>- mukosa bibir tampak lembab</li> <li>- GD: 286 mg/dL</li> </ul> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar gula darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya namun aktivitas masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri dan mampu duduk disamping tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mencoba menggunakan walker tapi belum terbiasa</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>

	<p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</p> <p>Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk penyembuhan luka</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post op pasien sudah kering dan tertutup perban dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit : <math>14.01 \cdot 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>- Hb : 11.3 g/dL</li> </ul> <p>A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>
Rabu/ 30 April 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 110/80 mmHg N : 80x/menit RR : 18x/menit S : <math>36.7^{\circ}\text{C}</math></li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan. berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: nyeri post op</li> <li>- Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: paha kanan</li> <li>- S: skala nyeri 2</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p>

	<p>6. Memberikan terapi relaksasi benson 7. Memberikan terapi obat</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Berkolaborasi pemberian diit DD IV 1700 kkal/III + 2 Putel</li> <li>4. Memberikan injeksi novorapid 12ui/sc</li> </ol> <p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</li> </ol>	<p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan sudah lebih segar</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pusing</li> <li>- Pasien mengatakan rasa haus berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>- pasien menghabiskan 1 porsi makan</li> <li>- mukosa bibir tampak lembab</li> <li>- GD: 312 mg/dL</li> </ul> <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri dan mampu duduk disamping tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggunakan walker tapi belum terbiasa</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
--	--	---

	<p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul>
	<p>Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk penyembuhan luka</li> </ol>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post op pasien sudah kering dan tertutup perban dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit : <math>14.01 \times 10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>- Hb : 11.3 g/dL</li> </ul> <p>A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul>

## ASUHAN KEPERAWATAN

Partisipan 2

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas Pasien

Nama	:	Tn. S
No. RM	:	01.16.68.68
Umur	:	77 Tahun
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Pendidikan	:	SMA
Alamat	:	Jl. Air Camar II no 26 Parak Gadang Timur Kota Padang
Tanggal masuk	:	02 Mei 2025
Tanggal Pengkajian	:	08 Mei 2025
Diagnosa Medis	:	Closed Fracture Of Left Neck Femur Garden Classification Grade 4, Pauwel Classification Type 3

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	:	Ny. F
Umur	:	50 Tahun
Pekerjaan	:	IRT
Alamat	:	Jl. Air Camar II no 26 Parak Gadang Timur Kota Padang
Pendidikan terakhir	:	S1
Hubungan	:	Anak Kandung

#### 3. Riwayat Kesehatan

##### a. Keluhan Utama

Pasien masuk ke RSUP Dr. Djamil Padang Melalui IGD pada tanggal 02 Mei 2025 pada pukul 22.12 WIB, pasien masuk dengan keluhan nyeri pada pangkal paha kiri sejak 2 hari SMRS. Awalnya pasien sedang menuruni tangga, lalu pasien tergelincir dan panggul kiri membentur lantai terlebih dahulu. Pasien bisa berdiri dan berjalan setelah jatuh. Namun, 1 hari kemudian pasien mengeluhkan nyeri di pangkal paha kirinya dan tidak bisa berdiri maupun berjalan karena nyeri. Pasien rujukan dari Rumah Sakit Tentara Reksodiwiryo Padang.

##### b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Mei 2025 pada pukul 10.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr. Djamil Padang, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan kakinya terasa nyeri pada pangkal paha sebelah kiri dan sakit saat digerakkan, kualitas nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk – tusuk. Pasien mengatakan nyeri sering hilang

timbul, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 6. Ekspresi wajah pasien tampak meringis dan keneng berkerut, dan enggan menggerakkan tubuhnya. Pasien tampak berbaring, namun terlihat gelisah, wajah pucat.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, hipertensi dan tidak pernah mengalami kecelakaan lalu lintas sebelumnya

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi dan Jantung.

e. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan selama menjalani perawatan di rumah sakit, ia mendapat dukungan emosional penuh dari anak-anaknya. Pasien mengatakan setiap permasalahan dalam keluarganya selalu dihadapi bersama dan terbuka, sehingga ia merasa tidak sendirian dalam menghadapi kondisi ini.

#### 4. Pengkajian Fungsional Gordon

a. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Sehat: Pasien mengatakan makan 3x sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5- 6 gelas/hari. Sakit: Selama di rumah sakit pasien makan dengan diet MB dari rumah sakit 3x sehari. Pasien menghabiskan 1 porsi makanannya. Selama sakit pasien minum seperti biasa 3-4 gelas/hari.

b. Kebutuhan eliminasi

Sehat: Selama dirumah pasien BAB 1 kali/hari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan. BAK 3 kali/hari dan tidak ada nyeri ketika BAK.

Sakit: Selama di RS pasien BAB 1 kali dalam 3 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning kepekatan, bau khas, tidak ada nyeri saat BAK.

c. Kebutuhan istirahat dan tidur

Sehat: Selama dirumah pasien mengatakan tidur 6- 7 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1 jam.

Sakit: Selama di RS pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari dan terbangun beberapa kali pada malam hari karena posisi yang terasa kurang nyaman dan sering terbangun karena suara.

d. Kebiasaan aktivitas/mobilitas

Sehat: Aktivitas pasien sebelum masuk rumah sakit sehari-hari pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.

Sakit: Selama di RS kegiatan pasien dibantu sebagian oleh perawat dan keluarga, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5, ekstremitas kiri atas

- 5, ekstremitas kanan bawah 5, ekstremitas kiri bawah 3, aktivitas range of motion (ROM) pasif.
- e. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif  
Pasien tampak tertidur karena selalu menutup mata dan berbaring, namun dapat membuka mata saat dipanggil. Pasien tampak bingung tetapi masih bisa menyampaikan keluhan dengan cukup jelas. Pasien sering gelisah, terutama saat miring karena menimbulkan nyeri dan ketidaknyamanan di paha atas.
- f. Pola Persepsi dan konsep Diri  
Pasien mengatakan masih memiliki harapan untuk sembuh, merasa sedikit cemas, dan mengalami kesulitan menilai kondisinya, seperti tidak mampu beraktivitas seperti biasa.
- g. Pola Peran dan Hubungan  
Pasien merupakan lansia yang sudah tidak bekerja dan lebih banyak duduk di rumah. Aktivitas harian dilakukan secara terbatas. Setelah operasi, pasien sepenuhnya bergantung pada keluarga dalam perawatan dan mobilisasi. Hubungan dengan keluarga tetap harmonis dan pasien merasa didukung secara emosional maupun fisik.
- h. Pola Reproduksi dan Seksual  
Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pola reproduksi maupun seksual.
- i. Pola Koping dan Toleransi Stress  
Pasien mengatakan merasa cemas akibat nyeri di paha kiri dan merasa tidak berdaya karena harus bergantung pada orang lain untuk beraktivitas.
- j. Pola Nilai dan Keyakinan  
Pasien beragama Islam dan mengatakan merasa lebih tenang setelah membaca doa atau mendengarkan lantunan ayat suci. Meskipun terbatas secara fisik, pasien tetap berusaha menjalankan ibadah dengan bantuan keluarga.

## 5. Pemeriksaan Fisik

### a. Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15 (EMV)

TD	: 139/70 mmHg
Nadi	: 99x/menit
Pernafasan	: 23x/menit
Suhu	: 37,5°C
SpO2	: 99%
TB	: 160 cm
BB	: 60 Kg

### b. Kepala

Kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala simetris, rambut terdapat uban, tidak ada lesi, tidak ada oedema, tidak ada benjolan.

- c. **Leher**  
Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada nyeri tekan.
- d. **Wajah**  
Warna kulit wajah sawo matang, bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada oedema, Wajah terlihat pucat.
- e. **Mata**  
Mata terlihat simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil terhadap cahaya (+/++), Pupil isokor 3mm/3mm.
- f. **Telinga**  
Ukuran telinga kiri dan kanan sama, bentuk simetris, pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan pada daun telinga
- g. **Hidung**  
Hidung terlihat simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembengkak atau pendarahan
- h. **Mulut**  
Terlihat mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap dan tidak ada nyeri
- i. **Paru**
  - 1) Inspeksi : Tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi
  - 2) Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama kuat
  - 3) Perkusi : Sonor
  - 4) Auskultasi : Terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)
- j. **Jantung**
  - 1) Inspeksi : Iktus Kordis tidak terlihat
  - 2) Palpasi : Iktus Kordis tidak teraba
  - 3) Perkusi : Pekak
  - 4) Auskultasi : bunyi jantung lup-dup (Bunyi jantung1/S1 - Bunyi jantung 2/S2, Mur-mur (-) bising(-)
- k. **Abdomen**
  - 1) Inspeksi : tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lesi
  - 2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas
  - 3) Perkusi : tympani
  - 4) Auskultasi : bising usus normal(+)
- l. **Genitalia**  
Alat kelamin berjenis kelamin laki-laki, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.
- m. **Ektremitas Atas**
  - 1) Inspeksi: tidak ada keterbatasan pergerakan pada sistem ekstremitas atas, tidak ada oedema
  - 2) Palpasi: tidak ada nyeri tekan
- n. **Ekstremitas Bawah**
  - 1) Inspeksi: tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat luka post op orif pada paha kiri atas pasien.

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Labor

Tanggal	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Sabtu/ 03 Mei 2025	Eritrosit	4.16	$10^6/\mu\text{L}$	(4.50-5.50)
	Hematokrit	35	%	(40.0-48.0)
	Hemoglobin	11.1	g/dL	(13.0-16.0)
	Leukosit	7.92	$10^3/\text{mm}^3$	(5.0-10.0)
	MCH	27	pg	(27.0-31.0)
	MCHC	32	%	(32.0-36.0)
	MCV	83	fL	(82.0-92.0)
	RDW-CV	13.0	%	(11.5-14.5)
	Trombosit	464	$10^3/\text{mm}^3$	(150-400)
	Kalium	3.8	mmol/L	(3.5-5.1)
	Klorida	108	mmol/L	(97-111)
	Natrium	138	mmol/L	(136-145)
	Gula darah sewaktu	153	mg/dL	(50-200)
Minggu/ 04 Mei 2025	Kreatinin darah	0.8	mg/dL	(0.8-1.3)
	Ureum darah	28	mg/dL	(10-50)
	Albumin	3.2	g/dL	(3.8-5.0)
	Globulin	2.7	g/dL	(1.3-2.7)
	Total Protein	5.9	g/dL	(6.6-8.7)
Kamis/ 8 Mei 2025	SGOT	20	U/L	(<38)
	SGPT	7	U/L	(<41)
	Eritrosit	4.10	$10^6/\mu\text{L}$	(4.50-5.50)
	Hematokrit	35	%	(40.0-48.0)
	Hemoglobin	11.1	g/dL	(14.0-16.0)
	Leukosit	9.43	$10^3/\text{mm}^3$	(5.0-10.0)
	MCH	27	pg	(27.0-31.0)
	MCHC	32	%	(32.0-36.0)
	MCV	85	fL	(82.0-92.0)
	RDW-CV	13.2	%	(11.5-14.5)
	Trombosit	300	$10^3/\text{mm}^3$	(150-400)

### b. Pemeriksaan Radiologi

Jum'at/ 02 Mei 2025

Kesan: fraktur collum femur kiri dengan displacement

## 7. Terapi Medis

- 1) IVFD Tutosol 8 jam/kolf
- 2) Inj Cefotaxime 3x1 mg
- 3) Inj Ranitidine 2x50 mg

- 4) Inj Ketorolac 3x30 mg
- 5) Xarelto 1x10 mg
- 6) Paracetamol 3x500 mg
- 7) Diklofenak 2x50 mg

## B. Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada paha sebelah kiri dan saat digerakkan. Kualitas nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan terkadang terasa panas. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan skala nyeri yang dirasakan 7.</p> <p>P: Nyeri post op</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Panggul kanan</p> <p>S: Skala Nyeri 6</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif</li> <li>• Enggan menggerakkan tubuhnya</li> <li>• TD : 139/70 mmHg</li> <li>• N : 99x/menit</li> <li>• S : 37,5°C</li> <li>• RR : 23x/menit</li> </ul>	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut
<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki kiri</li> <li>• Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan</li> <li>• Pasien mengatakan takut untuk menggerakkan kaki kanan</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot menurun</li> <li>• Rentang gerak menurun</li> </ul>	Gangguan musculoskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pasien tampak terbatas dalam melakukan pergerakan</li> <li>● TD : 139/70 mmHg</li> <li>● N : 99x/menit</li> <li>● S : 37,5°C</li> <li>● RR : 23x/menit</li> </ul>		
--	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal

### D. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun,</li> <li>b. Meringis menurun,</li> <li>c. Sikap protektif menurun,</li> <li>d. Gelisah menurun,</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun,</li> <li>f. Frekuensi nasi membaik,</li> <li>g. Pola nafas membaik,</li> <li>h. Tekanan darah membaik,</li> <li>i. Fungsi berkemih membaik,</li> <li>j. Nafsu makan membaik,</li> <li>k. Pola tidur membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri,</li> <li>3) Identifikasi respons nyeri non verbal,</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri,</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>6) Identifikasi nyeri pada kualitas hidup,</li> <li>7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson),</li> <li>6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan),</li> </ol>

		<p>7) Fasilitasi istirahat dan tidur,</p> <p>8) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri,</li> <li>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri,</li> <li>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat,</li> <li>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi benson)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>b. Kekuatan otot menurun</li> <li>c. Rentang gerak menurun</li> <li>d. Nyeri menurun</li> <li>e. Kaku sendi menurun</li> <li>f. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan</b> <b>Mobilisasi (I.06171)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</li> <li>3) Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis : tongkat, kruk)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> </ol>

		<p>2) Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur kamar mandi, berjalan sesuai toleransi</p>
--	--	---

## E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Kamis/ 08 Mei 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD: 140/80 mmHg N: 109x/menit RR: 21x/menit S: 37,0 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Mengidentifikasi respon non verbal nyeri</li> <li>5. Memberikan terapi nonfarmakologis yaitu terapi relaksasi benson</li> <li>6. Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>9. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri.</li> <li>10. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri sedikit berkurang.</li> <li>P: nyeri post op</li> <li>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R: paha kiri</li> <li>S: skala nyeri 5</li> <li>T: nyeri hilang timbul</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson</li> <li>- Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi benson jika terasa nyeri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak takut melakukan pergerakan</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	S:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</li> <li>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kakinya dan aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Mengajurkan mobilisasi dini</li> </ul>
Jum'at/ 09 Mei 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 130/76 mmHg N : 101x/menit RR : 21x/menit S : 36.9 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> <li>6. Memberikan terapi relaksasi benson</li> <li>7. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri berkurang.</li> </ul> <p>P: nyeri post op</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: paha kiri</p> <p>S: skala nyeri 5</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis</li> <li>- Pasien tampak takut melakukan pergerakan</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> <li>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kakinya dan aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kanan dan kiri dibantu oleh keluarga</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratas</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul>
Sabtu/ 10 Mei 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda TD : 120/80 mmHg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36.7 °C</li> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri berkurang.</li> </ul> <p>P: nyeri post op</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: paha kiri</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson</li> </ul>

	4. Melihat respon skala nyeri 5. Melihat respon nyeri non verbal 6. Memberikan terapi relaksasi benson 7. Memberikan terapi obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</li> <li>5. Mengajurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya namun aktivitas masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Mengajurkan mobilisasi dini</li> </ul>
Minggu/ 11 Mei 2025	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri 1. Mengukur tanda-tanda	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri berkurang.</li> </ul>

	<p>TD : 110/78 mmHg N : 85x/menit RR : 19x/menit S : 36.6 °C</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Melihat respon skala nyeri</li> <li>5. Melihat respon nyeri non verbal</li> <li>6. Memberikan terapi relaksasi benson</li> <li>7. Memberikan terapi obat</li> </ol>	<p>P: nyeri post op Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: paha kiri S: skala nyeri 3 T: nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, skala nyeri</li> <li>- Memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Berkolaborasi pemberian terapi obat</li> </ul>
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Mengajurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya namun aktivitas masih dibantu oleh keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti mampu duduk disamping tempat tidur dibantu keluarga</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p>

	<p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</p> <p>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</p>	<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ul>
Senin/ 12 Mei 2025	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri</p> <p>1. Mengukur tanda-tanda TD : 110/80 mmHg N : 76x/menit RR : 18x/menit S : 36.5 °C</p> <p>2. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan intensitas nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>4. Melihat respon skala nyeri</p> <p>5. Melihat respon nyeri non verbal</p> <p>6. Memberikan terapi relaksasi benson</p> <p>7. Memberikan terapi obat</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada paha sebelah kiri berkurang.</li> </ul> <p>P: nyeri post op</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pinggul kanan</p> <p>S: skala nyeri 3</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa rileks dan tenang setelah melakukan relaksasi benson</li> <li>- Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi benson saat nyeri di rumah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat meringis sesekali</li> <li>- Pasien tampak lebih tenang dan tingkat kegelisahannya sudah berkurang.</li> <li>- Luka tampak tertutup perban</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul>
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri</li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan</li> <li>3. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur dan walker)</li> <li>5. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan kiri secara mandiri dan mampu duduk disamping tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa menggunakan walker tapi belum terbiasa</li> </ul> <p>O: Tampak aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratas sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien rencana pulang hari ini</li> </ul>
--	---	---

## Lampiran 9 Dokumentasi

### Dokumentasi





1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan <small>Student Paper</small>	1%
2	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II <small>Student Paper</small>	1%
3	pusat.koleksi.pustaka.poltekkes-pdg.ac.id <small>Student Paper</small>	1%
4	Submitted to IAIN Purwokerto <small>Student Paper</small>	<1%
5	www.scribd.com <small>Student Paper</small>	<1%
6	Submitted to Universitas Muhammadiyah Palembang <small>Student Paper</small>	<1%
7	Submitted to IAIN Bengkulu <small>Student Paper</small>	<1%
8	Ambar Haffifah Fikriyah, Suchi Aynalurini Sharief, Halida Themrin. "Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal pada Ny. S Gestasi 43 Minggu 1 Hari dengan Serotinus", <i>Window of Midwifery Journal</i> , 2021 <small>Publication</small>	<1%
9	Submitted to Institut Pertanian Bogor <small>Student Paper</small>	<1%