

**KARYA TULIS AKHIR**

**PENERAPAN MOBILISASI DINI TERHADAP NYERI PADA PASIEN  
POST OPERASI FRAKTUR DI RUANGAN *TRAUMA CENTER*  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



**OLEH:**

**FIGO RAHMADIA S.Tr.Kep**

**NIM: 243410015**

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

**KARYA TULIS AKHIR**

**PENERAPAN MOBILISASI DINI TERHADAP NYERI PADA PASIEN  
POST OPERASI FRAKTUR DI RUANGAN *TRAUMA CENTER*  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

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



**OLEH:**

**FIGO RAHMADIA S.Tr.Kep**

**NIM: 243410015**

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

## HALAMAN PERSETUJUAN

### HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post* Operasi Fraktur Di Ruang Rawat Jalan RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

Nama : Fiqi Rahmadia, S. Tr. Keperawatan

NIM : 243410015

Karya Tulis Akhir ini telah diperiksa untuk disetujui di hadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Pahlawan Patang.

Padang, 06 Mei 2024

Kemial Pembimbing

(Ns. Idewati Bahar, S. Keperawatan, M. Keperawatan)  
NIP. 19710705 199403 2 003

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Elvachrisa, M. Keperawatan, Sp. Keperawatan, M. Keperawatan)  
NIP. 19900423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh:

Nama : Elgo Rahmadia, S. Tr. Kep  
Nim : 243410015  
Judul KTA : Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post* Operasi Fraktur Di Ruang Trauma Cemer Rrap Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025

Telah Selesai dipertahankan di hadapan Dewan Pengaji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kamotika Poltekkes Padang.

### DEWAN PENGUJI

Ketua Pengaji : Ns. Meta Agil, M.Kep, Sp.KepMB

Anggota Pengaji : Ns. Suhelmi, S.Kep, M.Kep

Anggota Pengaji : Ners. Idriwan Bakar, S.Kep, M.Kep

Padang, 20 Juni 2025

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Ns. Elha Meta, M.Kep, Sp.Kep.Mat)  
NIP. 199004212001122001

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : Figo Rahmadia

NIM : 243410015

Tanggal Lahir : 31 Juli 2002

Tahun Masuk Profesi : 2024

Nama PA : Ns. Yossy Suryaningsih, M. Kep, Sp. KMB

Nama Pembimbing KTA : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruang Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat perjanjian ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Mei 2025

Yang membuat pernyataan



(Figo Rahmadia)

NIM. 243410015

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruang Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang” sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Profesi Ners di Kemenkes Poltekkes Padang.

Pada kesempatan ini izinkan juga peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada Ibu **Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep** selaku pembimbing KTA dan pembimbing akademik yang telah begitu sabar dalam memberikan bimbingan, waktu, perhatian, saran-saran, serta dukungannya kepada peneliti. Dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini peneliti mendapat bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp.M.Kep, SpJ selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr Dovy Djanas, Sp. OG(K) selaku Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan praktek magang profesi ners
3. Bapak Tasman, S.Kp M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti , M. Kep, Sp,. Mat selaku ketua Program Studi pendidikan profesi ners Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
5. Bapak Ns. Restu Budi Susilo, S.Kep selaku CI pembimbing klinik di ruangan *Trauma Center* yang telah membimbing selama magang dalam penyusunan KTA.
6. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
7. Teristimewa kepada orangtua yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.

8. Rekan-rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan karya tulis akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Tulis Akhir ini masih belum sempurna baik dalam materi maupun penelitiannya. Peneliti dengan rendah hati menerima saran dan masukan guna menyempurnakan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, Mei 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat .....	7
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR .....</b>	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Fraktur.....	9
B. Konsep Nyeri.....	24
C. Konsep Mobilisasi Dini .....	31
D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus Fraktur.....	35
E. <i>Evidence Based Nursing (EBN)</i> .....	53
<b>BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR .....</b>	<b>64</b>
A. Metodologi Penyusunan .....	64
B. Waktu Dan Tempat Penelitian .....	64
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN.....	64
D. Populasi Dan Sampel .....	65
E. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data .....	66
F. Instrument.....	68
G. Prosedur Karya Tulis Akhir.....	68
H. Analisa Data.....	69
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>71</b>
A. Hasil .....	71
B. Pembahasan.....	94
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>100</b>
A. Kesimpulan.....	100
B. Saran.....	101
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>102</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>104</b>



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

**Karya Tulis Akhir, Juni 2025  
Figo Rahmadia, S. Tr. Kep**

**PENERAPAN MOBILISASI DINI TERHADAP NYERI PADA PASIEN  
POST OPERASI FRAKTUR DI RUANGAN TRAUMA CENTER RSUP Dr.  
M. DJAMIL PADANG**

**Isi: xiii + 108 halaman + 7 tabel + 7 lampiran**

**ABSTRAK**

Pasien Fraktur di RSUP Dr. M. Djamil Padang mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2023 sebanyak 128 orang dan pada tahun 2025 sebanyak 146 orang. Fraktur sering kali menimbulkan nyeri hebat, keterbatasan mobilitas, dan penurunan fungsi otot, terutama pada pasien pascaoperasi. Salah satu pendekatan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mempercepat pemulihan dan menurunkan tingkat nyeri adalah mobilisasi dini. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruang Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025*.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan April sampai dengan Juni 2025. Instrumen pengumpulan data berupa format pengkajian keperawatan dan Pengukuran tingkat nyeri dilakukan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Populasi berjumlah 8 orang, sampel yang diambil sebagai partisipan 2 orang dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Teknik pengumpulan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik, pengukuran, dan studi dokumentasi. Analisis dilakukan dengan menganalisa data yang ditemukan pada tahapan proses keperawatan.

Hasil evaluasi keperawatan menunjukkan penurunan intensitas nyeri pada kedua pasien *post operasi fraktur*, pada kedua partisipan sebelum diberikan intervensi mobilisasi dini skala nyeri 7 dan setelah diberikan intervensi mobilisasi dini selama 3 hari skala nyeri pada kedua partisipan menurun menjadi skala 2. Hasil ini menunjukkan bahwa mobilisasi dini efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post operasi fraktur*.

Diharapkan terapi mobilisasi dini dapat digunakan sebagai intervensi non-farmakologis tambahan dalam mengatasi nyeri akut pada pasien *post operasi fraktur* di ruang rawat inap. Perawat juga dianjurkan untuk mempertimbangkan terapi ini sebagai bagian dari asuhan keperawatan untuk mengatasi nyeri.

**Kata kunci:** *post operasi, fraktur, mobilisasi dini, nyeri*

**Daftar pustaka :** 21 (2015- 2024)

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

*Final Paper, june 2025*

**IMPLEMENTATION OF EARLY MOBILIZATION FOR PAIN IN POST-  
OPERATIVE FRACTURE PATIENTS IN THE TRAUMA CENTER ROOM  
OF DR. M. DJAMIL PADANG GENERAL HOSPITAL**

**Isi: xiii + 108 pages + 7 tables + 7 attachments**

**ABSTRACT**

*Fracture patients at Dr. M. Djamil Padang General Hospital have increased from the previous year. In 2023 there were 128 people and in 2025 there were 146 people. Fractures often cause severe pain, limited mobility, and decreased muscle function, especially in postoperative patients. One nursing approach that can be taken to accelerate recovery and reduce pain levels is early mobilization. This study aims to describe the Implementation of Early Mobilization for Pain in Postoperative Fracture Patients in the Trauma Center Room of Dr. M. Djamil Padang General Hospital in 2025..*

*Descriptive research design with a case study approach. The study was conducted in the inpatient room of the Trauma Center of Dr. M. Djamil Padang Hospital from April to June 2025. The data collection instrument was in the form of a nursing assessment format and pain level measurement was carried out using the Numeric Rating Scale (NRS). The population was 8 people, the sample taken as participants was 2 people using the accidental sampling technique. Data collection techniques using interviews, physical examinations, measurements, and documentation studies. The analysis was carried out by analyzing the data found at the stages of the nursing process.*

*The results of the nursing evaluation showed a decrease in pain intensity in both post-fracture surgery patients, in both participants before being given early mobilization intervention the pain scale was 7 and after being given early mobilization intervention for 3 days the pain scale in both participants decreased to scale 2. These results indicate that early mobilization is effective in reducing pain intensity in post-fracture surgery patients.*

*It is expected that early mobilization therapy can be used as an additional non-pharmacological intervention in dealing with acute pain in post-fracture surgery patients in the inpatient room. Nurses are also advised to consider this therapy as part of nursing care to overcome pain.*

**Keywords :** *postoperative, fracture, early mobilization, pain*

**Bibliography :** *21 (2015- 2024)*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang baik total, partial yang dapat mengenai tulang panjang dan sendi jaringan otot dan pembuluh darah, trauma yang disebabkan oleh stress pada tulang, jatuh dari ketinggian, kecelakaan kerja, cedera saat olah raga, fraktur degeneratif (osteoporosis, kanker, tumor tulang) dan ditandai dengan Look: tanda yang dapat dilihat, adanya deformitas berupa tonjolan yang abnormal, bengkak, warna kulit merah, adanya ekimosis, angulasi, rotasi dan pemendekan, Feel: nyeri, Move: krepitasi dan terasa nyeri saat digerakkan, gangguan fungsi pergerakan (Lewis, 2007). Fraktur dapat terjadi karena trauma langsung atau tidak langsung, dan beberapa fraktur mungkin timbul sekunder akibat kondisi seperti osteoporosis yang membuat tulang lebih rentan terhadap patah. (Andri et al., 2020).

Penyebab utama fraktur dapat terjadi karena peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan, terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik). Dampak lain yang timbul pada fraktur yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri (Noorisa, 2020). Pada pasien setelah pembedahan fraktur menimbulkan rasa nyeri, keterbatasan untuk melakukan pergerakan, penurunan kekuatan otot dikarenakan nyeri setelah pembedahan, dan luka bekas pembedahan. Nyeri setelah operasi menjadi suatu hal biasa yang dialami oleh pasien. Sumber utama yang menyebabkan nyeri adalah pada bagian setelah operasi sehingga membuat pasien merasakan nyeri dan tidak nyaman (Hermanto et al., 2020).

Fraktur dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, morbiditas jangka panjang, dan bahkan kecacatan jika tidak ditangani dengan tepat. Beberapa komplikasi yang mungkin muncul akibat fraktur meliputi perdarahan,

cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak, dan sindrom pernapasan. Komplikasi-komplikasi ini terjadi karena femur merupakan tulang terpanjang, terkuat, dan paling berat dalam tubuh manusia, berfungsi sebagai penopang utama. Selain itu, area sekitar femur juga dikelilingi oleh pembuluh darah besar, sehingga cedera pada tulang ini dapat berakibat fatal (Alfiana et al., 2020).

Hukum Wolff's Law menyatakan bahwa tulang akan beradaptasi secara struktural terhadap tekanan mekanis yang diterimanya. Artinya, bila tulang terus-menerus menerima beban (seperti saat berolahraga ringan atau aktivitas fisik), maka tulang tersebut akan menjadi lebih kuat dan padat. Sebaliknya, jika tulang tidak digunakan atau tidak mendapatkan beban, misalnya akibat imobilisasi atau gaya hidup sehari-hari, maka tulang akan menjadi lebih lemah dan massa tulangnya berkurang (Susanti, Chrisna et al., 2020).

Penatalaksanaan untuk pencegahan masalah keperawatan yaitu dengan dilakukannya tindakan perawat dengan pasien untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara latihan kemampuan mandiri pasien supaya mengurangi rasa nyeri dan supaya kembali seperti semula. Latihan yang dilakukan pada pasien yaitu duduk di tempat tidur, duduk di sisi keranjang tempat tidur, latihan turun dari tempat tidur, dan dapat juga berpindah (Malang, 2021). Teori Slobogean et al., (2023) bahwa pasien dengan lokasi fraktur ekstremitas bawah akan cenderung lebih cepat melakukan mobilisasi atau melakukan aktifitas sehari-hari bila dibandingkan dengan pasien yang tidak melakukan mobilisasi dini, karena ekstremitas bawah merupakan organ yang menjadi penyangga dari seluruh organ di atasnya, sehingga mobilisasi yang cepat akan mempersingkat waktu rawat inap (Alfiana et al., 2020).

Mobilisasi dini pada fraktur sangat penting karena dapat mempercepat proses penyembuhan dan mencegah Atrofi Otot, mengurangi risiko kekakuan Sendi (Kontraktur), Meningkatkan Sirkulasi Darah, Mencegah Pembentukan Pembekuan Darah (Deep Vein Thrombosis/DVT), Mengurangi Rasa Sakit

terutama nyeri. Namun, mobilisasi dini harus dilakukan dengan hati-hati dan berdasarkan saran medis, karena setiap jenis fraktur dan lokasi cedera memiliki kebutuhan dan waktu pemulihan yang berbeda (Hermanto et al., 2020).

Pasien *post* operasi yang telah dilakukan mobilisasi dini mempunyai waktu penyembuhan yang lebih cepat dibandingkan klien yang tidak mobilisasi dini, Dampak mobilisasi yang tidak dilaksanakan dapat mengakibatkan gangguan fungsi tubuh, penyumbatan aliran darah dan kenaikan level nyeri. Mobilisasi dini mempunyai andil penting untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien *post* operasi, oleh sebab itu perawat berperan penting terkait dalam mengetahui riwayat, pemeriksaan fisik,menegakkan diagnosa, melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan agar dapat mencegah terjadinya komplikasi. Peran perawat pada penderita fraktur adalah teknik perawatan luka. (Susanti, Chrisna et al., 2020).

Data World Health of Organization (WHO) tahun 2020 insiden fraktur di dunia mengalami peningkatan, dengan perkiraan sekitar 13 juta kasus, yang menunjukkan prevalensi sekitar 2,7%. Pada tahun 2019, jumlah kasus fraktur mencapai sekitar 15 juta orang dengan prevalensi sebesar 3,2%, sedangkan pada tahun 2018, terdapat sekitar 21 juta kasus fraktur dengan prevalensi sekitar 3,8%, yang banyak disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. (Handinata, 2024). Fraktur tulang menjadi penyebab kematian ketiga di Indonesia, setelah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis. Kondisi ini dapat terjadi akibat trauma atau aktivitas fisik, seperti jatuh, yang bisa disebabkan oleh kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Fitri et al., 2021) Kasus fraktur di Indonesia sendiri mencapai prevalensi sebesar 5,5%. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa cedera merupakan penyebab utama fraktur di Indonesia, dengan jumlah mencapai 92. 976 orang. Pada tahun tersebut, kasus cedera tercatat mencapai 9,2%. Berdasarkan data, anggota tubuh yang paling sering mengalami cedera adalah anggota gerak bawah dengan prevalensi 67,9%, diikuti oleh anggota gerak atas sebanyak 32,7%, kepala 11,9%, punggung 6,5%, dada 2,6%, dan

perut 2,2%. Secara keseluruhan, angka kejadian fraktur di Indonesia sekitar 5,5%, sedangkan di Sumatera Barat, kejadian fraktur mencapai 5,6% dari total kejadian fraktur di negara ini.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tahun 2018 didapatkan sekitar 128 kasus mengalami kejadian fraktur, 56% diantaranya mengalami kecacatan fisik, 24% mengalami kematian, 15% mengalami kesembuhan dan 5% mengalami gangguan psikologis atau depresi (Riskesdas, 2018). Berdasarkan hasil penelitian (Dinda, 2021) jumlah kasus kecelakaan di Sumatera Barat tahun 2020 mencapai 2.554, hal ini menurun dibandingkan dengan kasus tahun 2019 mencapai 3.336 kasus kecelakaan. Kota Padang tercatat angka tertinggi dengan 742 kejadian, disusul Kabupaten Padang Pariaman 358 kasus dan Kabupaten Pesisir Selatan 350 kejadian. Berdasarkan data Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah sebanyak 128 orang sedangkan pada tahun 2025 pasien yang mengalami fraktur ekstremitas mengalami peningkatan sebanyak 146 orang (Medical Record RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2025).

Pasien pasca operasi sering menunda untuk bergerak salah satunya karena nyeri dan takut jahitan lepas / takut luka terbuka kembali. Padahal hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Mobilisasi sudah dapat dilakukan sejak 6 jam setelah pembedahan dan setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan regional. Di ruangan perawatan bedah merupakan salah satu ruangan pasien bedah di Rumah Sakit RSUD Kota Makassar terdapat banyak pasien *pre op* maupun pasien *post op*, yang tentunya harus dilakukan tindakan maupun edukasi mengenai mobilisasi dini pasca operasi dimana pada tahap ini Perawat memiliki peran penting dalam pengelolaan pasien yang menghadapi pasca operasi. Berdasarkan ini kami melakukan salah satu kegiatan Pendidikan Kesehatan berupa penyuluhan tentang mobilisasi dini untuk mempertahankan fungsi tubuh pasien *post*

operasi. Kami memilih terapi ini dikarenakan masih banyak pasien untuk belum paham tentang mobilisasi dini setelah *post* operasi (Asnaniar et al., 2023).

Mengatasi nyeri pasca bedah fraktur merupakan tindakan penting dalam mencegah nyeri kronik, mengurangi lama perawatan demi meningkatkan kualitas hidup pasien. Mobilisasi dini merupakan usaha manusia untuk melakukan latihan jalan / beralih tempat. Mobilitas adalah suatu kecakapan yang dimiliki seseorang untuk bergerak secara bebas mudah, dan teratur dengan maksud untuk mencukupi keperluan aktivitas yang berfungsi untuk menjaga kesehatannya. Mobilisasi dini merupakan salah satu cara mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara mengajari dan membantu penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Lei et al., 2021).

Perawat punya peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan dengan mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI. Lewat SDKI, perawat mengkaji kondisi pasien lalu menentukan masalah keperawatan yang dialami. Setelah itu, dengan SLKI, perawat menetapkan tujuan atau hasil yang ingin dicapai dari perawatan yang diberikan. Kemudian, berdasarkan SIKI, perawat memilih dan melaksanakan tindakan yang sesuai untuk membantu pasien. Semua proses ini dilakukan agar perawatan yang diberikan bisa terarah, tepat sasaran, dan benar-benar membantu pemulihan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Sloman, Rosen, Rom & Shir dalam Nurhayati, et al (2022) ditemukan bahwa 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Lamanya nyeri dapat berlangsung 24 sampai 48 jam, tapi dapat juga berlangsung lebih lama tergantung dari bagaimana klien dapat menahan dan berespon pada rasa nyeri tersebut. Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera diatasi karena dapat berdampak pada proses penyembuhan pasien, karena dapat mempengaruhi kondisi psikologi dan fisiologi (Nurhayati et al., 2022).

Berdasarkan survei awal pada partisipan didapatkan pasien mengeluh nyeri pada lokasi fraktur ekstremitas, nyeri hilang timbul, nyeri saat digerakkan, skala nyeri 7, badan terasa lemah tak berdaya, ekstremitas susah digerakkan, pada umumnya pasien dengan masalah fraktur mengalami keluhan tersebut. Berdasarkan penelitian (Chrisna et al., 2020) bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post* operasi fraktur ekstremitas. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rustianawati, Karyati dan Himawan (2019) bahwa mobilisasi dini menunjukkan adanya perbedaan rata-rata intensitas nyeri antara kelompok eksperimen yang melakukan ambulasi dini dan kelompok kontrol yang tidak melakukan ambulasi dini

Berdasarkan masalah diatas maka penulis tertarik dalam melakukan studi kasus dalam Karya Tulis Akhir dengan judul “Penerapan Mobilisasi Dini Pada Pasien dengan Fraktu di Ruangan *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, rumusan masalah yang didapatkan penulis adalah “Bagaimana Penerapan Mobilisasi Dini pada pasien dengan fraktur di ruang rawat inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mendeskripsikan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post* Operasi Fraktur Di Ruangan *Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

### **2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:



1. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien fraktur dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*
2. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien fraktur dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*
3. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien fraktur dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*
4. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien fraktur dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*
5. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien fraktur dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*
6. Menganalisis Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*

#### **D. Manfaat**

##### **1. Manfaat Aplikatif**

- a. Penulisan Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.*

## 2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

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

Hasil Karya Tulis Akhir ini diharapkan bisa dijadikan sebagai referensi bagi perawat di Ruang Rawat Inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai pemberian penerapan mobilisasi dini terhadap nyeri pada pasien *Post Op* fraktur

### b. Bagi institusi pendidikan

Hasil dari karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi referensi, literatur bacaan dan masukan dalam menyusun Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur* Di Ruangan *Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

### c. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan, kemampuan berpikir, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur* Di Ruangan *Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

### d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber untuk peneliti selanjutnya, mendorong bagi yang berkepentingan untuk melakukan penelitian lanjutan dan dapat menjadi data dasar dalam Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur* Di Ruangan *Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Dasar Fraktur**

##### **1. Pengertian**

Fraktur adalah patahnya tulang yang terjadi ketika tulang mengalami tekanan lebih besar dari pada yang bisa diterimanya (Smeltzer, dkk, 2010) dalam (Haryono & Utami, 2020). Fraktur merupakan istilah dari patah tulang yang terjadi akibat hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian biasanya diakibatkan oleh trauma atau tenaga fisik (Noor, 2016).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas batang femur yang akibat trauma langsung (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian) dan biasanya lebih banyak di alami oleh laki-laki dewasa (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Fraktur terjadi ketika kekuatan dari luar lebih besar dari kekuatan tulang sehingga menyebabkan tulang patah, melibatkan jaringan lunak (edema dan perdarahan), kerusakan saraf dan tendon (White et al., 2013).

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

Fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan, yang dapat berupa benturan, pemukulan, penghancuran, penekukan, atau terjatuh dengan posisi miring, pemutiran, penarikan. Pemukulan (pukulan sementara) biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya. Penghancuran kemungkinan akan menyebabkan fraktur komunitif yang disertai kerusakan jaringan lunak yang luas. Bila terkena kekuatan tak langsung, tulang dapat mengalami fraktur pada tempat yang jauh dari tempat yang terkena kekuatan tersebut, kerusakan jaringan lunak di tempat fraktur mungkin tidak ada (Noor, 2016).

Etiologi fraktur menurut Price dan Wilson (2015) ada 3 yaitu :

a. Cidera

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara *spontan*. Pukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.

b. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah tulang yang mengalami kelemahan akibat proses penyakit seperti tumor, kanker, osteoporosis dan stress tulang yang terus menerus seperti pada penyakit polio.

c. Fraktur yang disebabkan kontraksi yang kuat secara mendadak pada otot seperti orang yang berolahraga tanpa stretching (pemanasan).

d. Fraktur beban (kelelahan)

Fraktur beban merupakan fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau karena adanya tekanan yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan, seperti orang-orang yang berolahraga angkat berat.

### 3. Klasifikasi

a. Berdasarkan keutuhan kulit, menurut LeMone (2014) terbagi:

1) Fraktur Tertutup

Fraktur tertutup adalah fraktur dimana kulit tidak di tembus oleh fragmen tulang sehingga lokasi fraktur tidak tercemar oleh lingkungan atau tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar (Noor, 2016).

## 2) Fraktur Terbuka

Menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) fraktur terbuka adalah fraktur dimana terdapat hubungan antara frangmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan pada kulit, fraktur terbuka dibagi menjadi Fraktur Terbuka

Menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) fraktur terbuka adalah fraktur dimana terdapat hubungan antara frangmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan pada kulit, fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yaitu :

### a) Derajat I

- (1) Luka kurang dari 1 cm
- (2) Kerusakan jaringan lunak sedikit tidak ada tanda luka remuk.
- (3) Fraktur sederhana, transversal, oblique, atau komulatif ringan.
- (4) Kontaminasi ringan.

### b) Derajat II

- (1) Laserasi lebih dari 1 cm.
- (2) Kerusakan jaringan lunak, avulsi.
- (3) Fraktur komunitas sedang.

### c) Derajat III

Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas meliputi struktur kulit, otot, dan neurovaskuler serta kontaminasi derajat tinggi.

## b. Jenis fraktur

### 1) Fraktur komplit

Patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal).

## 2) Fraktur inkomplit

Patah pada sebagian garis tengah tulang (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

Menurut (Wiarto, 2017) jenis fraktur berdasarkan radiologisnya antara lain :

### a) Fraktur transversal

Fraktur trasversal adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Pada fraktur ini, segmen-segmen tulang yang patah di reposisi atau di reduksi

kembali ketempat semula, maka segmen-segmen ini akan stabil dan biasanya dikontrol dengan bidai gips.

### b) Fraktur komunitif

Fraktur komunitif adalah tulang pecah menjadi tiga bagian atau lebih yang tidak lagi sejajar.

### c) Fraktur oblik

Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membuat sudut terhadap tulang.

### d) Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya, fraktur ini biasanya sulit ditangani.

### e) Fraktur impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kompresi terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang yang berada diantara vertebra.

### f) Fraktur spiral

Fraktur spiral terjadi akibat torsi ekstremitas. Fraktur ini menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak dan cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi.

### c. Fraktur dengan komplikasi adalah fraktur yang disertai dengan komplikasi misalnya malunion, delayed union, nonunion, serta infeksi tulang (Noor,

2016).

#### 4. Patofisiologi

Fraktur pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh yaitu stres, gangguan fisik, gangguan metabolik patologik. Kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka ataupun tertutup (Andra & Yesise, 2013). Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang hanya mungkin retak saja, jika gayanya sangat ekstrem, seperti tabrakan mobil, maka tulang dapat pecah berkeping-keping maka frakturnya akan lebih buruk. Otot dapat mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi. Kelompok otot yang besar dapat menciptakan *spasme* yang kuat dan bahkan mampu menggeser tulang besar, seperti femur. Walaupun bagian progsimal dari tulang patah tetap pada tempatnya, namun bagian distal dapat bergeser karena gaya penyebab patah maupun spasme pada otot-otot sekitar. Fragmen dapat bergeser kesamping, pada suatu sudut (membentuk sudut), atau menimpa segmen tulang lain. Fragmen juga dapat berotasi atau berpindah (Black & Hawaks, 2014).

Fraktur terbuka atau tertutup, fraktur terbuka akan mengenai pembuluh darah yang akan mengakibatkan perdarahan yang berakibat hipovolemia, fraktur tertutup mengakibatkan edema. Selain itu dapat mengenai tulang dan terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar serta kerusakan jaringan lunak dapat mengakibatkan kerusakan integritas kulit (Andra & Yesise, 2013).

Saluran (medula), hematoma terjadi di antara frangmen-frangmen tulang dan di bawah periosteum. Jaringan tulang di sekitar lokasi fraktur akan mati dan akan memberikan *respons* peradangan yang hebat. Akan terjadi

vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, eksudasi plasma dan leukosit, serta infiltrasi sel darah putih (Black & Hawaks, 2014).

Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat terjadinya fraktur. Fagositosis pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Jejas yang di timbulkan karena adanya fraktur menyebabkan rupturnya pembuluh darah sekitar, yang akan menyebabkan perdarahan. *Respon* dini terhadap kehilangan darah adalah kompensasi tubuh, sebagai contoh vasokonstriksi progresif dari kulit, otot, dan sirkulasi viseral. Karena ada cidera, *respon* terhadap berkurangnya volume darah yang akut adalah peningkatan detak jantung, pelepasan ketokolamin endogen, yang akan meningkatkan tahanan pembuluh perifer (Andra & Yesise, 2013).

Penyembuhan fraktur menurut (LeMone et al., 2016) terjadi dalam empat fase yaitu pembentukan hematoma, pembentukan kalus fibrokartilago, pembentukan kalus tulang, dan remodeling. Ketika terjadi fraktur tulang, perdarahan dan kerusakan jaringan pada tempat yang mengalami fraktur memulai *respon* inflamasi.

Tahap-tahap penyembuhan tulang :

a. Pembentukan hematoma

Hematoma terbentuk antara ujung tulang yang mengalami fraktur dan fragmen kekurangan oksigen dan nutrisi, menyebabkan nekrosis seluler terlokalisasi, yang memperberat *respon* inflamasi dan melepaskan mediator inflamasi. Zat kimia ini menyebabkan vasodilatasi dan edema. Fibroblas, limfosit, dan makrofag membelah area, mlokalisasi dan mengandung inflamasi.

b. Pembentukan kalus fibrokartilago

Dalam 48 jam, fibroblas dan kapiler baru tumbuh ke dalam fraktur



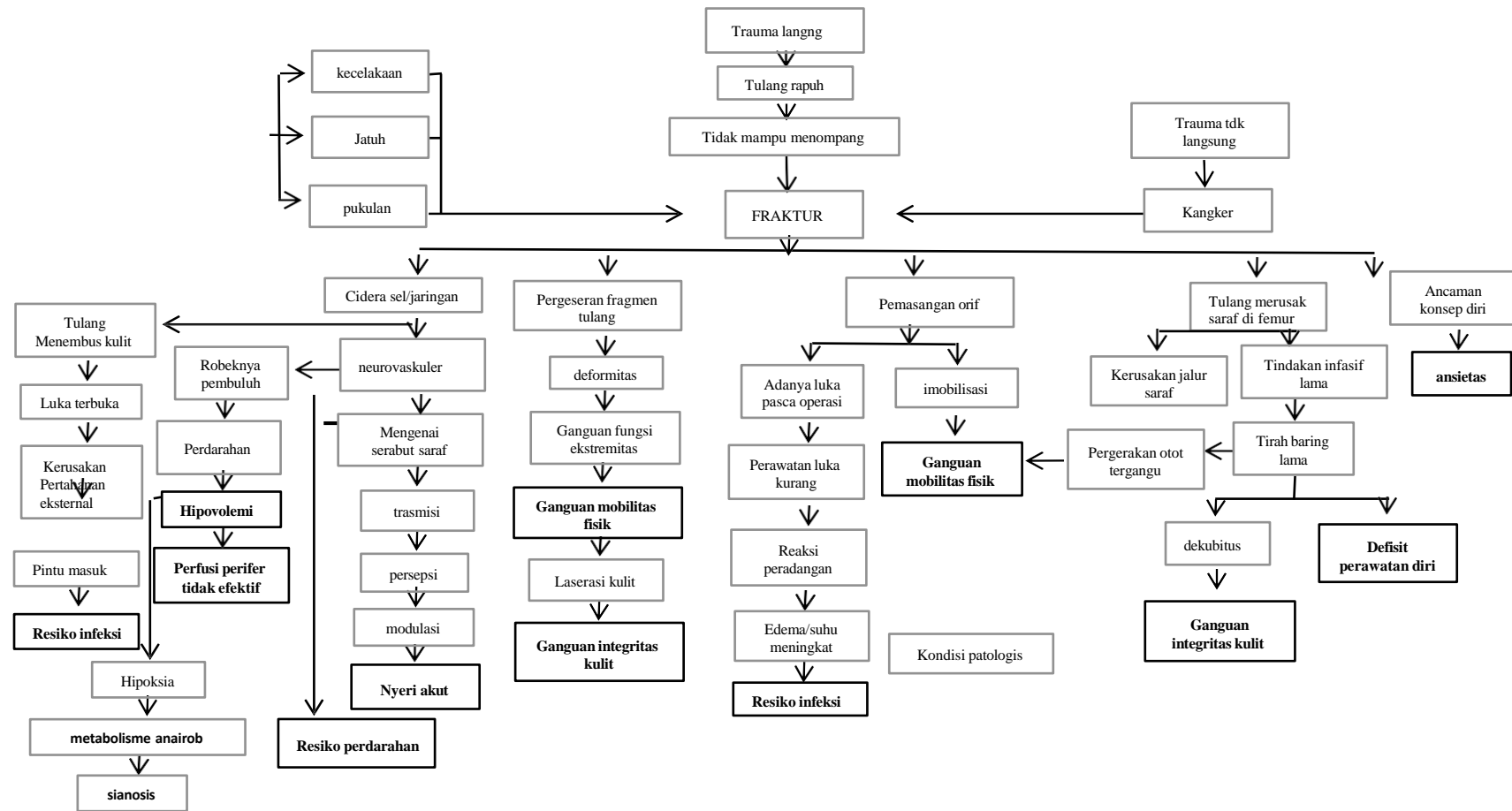
dari jaringan granulasi yang secara bertahap mengantukan hematoma. Fagosit memusnahkan debris sel. *Osteoblas* (sel pembentukan tulang) bermigrasi ke tempat yang mengalami fraktur, tempat mereka membangun jaringan serat kolagen dari kedua sisi tulang yang mengalami fraktur. Kondroblas membentuk potongan kartilago sebagai dasar untuk pertumbuhan tulang. Kalus fibrokartilagiosa ini menghubungkan ini menghubungkan fragmen tulang, membelat fraktur dan mempertahankan kesejajaran tulang. Akan tetapi, ini belum dapat menyokong penyangga beban.

c. Pembentukan kalus tulang

Pembentukan kalus tulang mulai 3 sampai 4 minggu setelah ceder dan berlanjut selama 2 hingga 3 bulan. *Osteoblas* terus membentuk serat kolagen dan *matriks* tulang, yang secara bertahap dimineralisasi dengan kalsium dan garam mineral. *Osteoklas* bermigrasi ke tempat perbaikan untuk membuang tulang yang rusak dan kelebihan dalam kalus. *Kalus fibrokartilaginosa* secara bertahap berganti dengan tulang seperti bunga karang (*spons*).

d. *Remodeling*

Pada tahap *remodeling*, kelebihan kalus dipindahkan dan tulang baru terbentuk di sepanjang garis fraktur. Karena tulang sembuh dan lagi-lagi terpajan oleh tekanan mekanis pada gangguan setiap hari, *steoblas* dan *osteoklas remodel* memperbaiki tempat sepanjang garis tekanan. Tulang *spon* digantikan dengan tulang padat dan area yang mengalami *remodel* tertutup menyerupai tulang asal, tidak rusak.



Sumber : (Andra & Yesise, 2013)(Black & Hawaks, 2014)(LeMone et al., 2016)(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Gambar 2. 1 : Woc Fraktur Ekstermitas.

## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis fraktur menurut (LeMone et al., 2016) biasanya terjadi dalam waktu beberapa jam hingga minggu setelah cedera. Fraktur seringkali disertai dengan cedera jaringan lunak yang melibatkan otot, pembuluh darah, saraf, atau kulit. Perubahan aliran darah serebral menyebabkan konfusi dan perubahan pada tingkat kesadaran, sindrom distress napas akut, petekia ( bercak berwarna keunguan berukuran sangat kecil yang tidak memudar dengan tekanan) tampak pada kulit.

Manifestasi klinis menurut (Black & Hawaks, 2014), yaitu :

### a. Nyeri

Jika pasien secara neurologis masih baik maka nyeri akan selalu mengiringi fraktur intensitas dan keparahan. dari nyeri biasanya terus menerus, meningkat jika fraktur tidak di imobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan, atau cedera pada struktur di sekitarnya.

### b. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pendekatan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas nyata.

### c. Bengkak/edema

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi darah ke jaringan sekitar.

### d. Memar (echumonis)

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

e. Spasme otot

Spasme otot sering mengiringi fraktur, yang berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

f. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi terjadinya fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

g. Kehilangan fungsi

Rusaknya otot, saraf dan pembuluh darah mengakibatkan hilangnya fungsi gerak pada tungkai yang patah, Bahkan kelumpuhan juga dapat terjadi karena cedera saraf.

h. Gerakan abnormal dan krepitasi

Terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang menciptakan sensasi dan suara deritan.

i. Perubahan neurologis

Cedera neurovaskular terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskuler yang terkait. Pasien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.

j. Syok

Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

## 6. Penatalaksanaan

Menurut (LeMone et al., 2016) penatalaksanaan medikasi perlu dilakukan pada sebagian besar pasien fraktur pada awalnya memerlukan analgesik untuk meredakan nyeri. Pada kasus fraktur multiple atau fraktur tulang panjang diberikan diawal. Antibiotik dapat di berikan secara profilaksi, terutama untuk pasien yang mengalami fraktur terbuka atau kompleks. Antikoagulan dapat diprogramkan untuk mencegah DVT, terutama jika

pembedahan lama dilakukan.

a. Fraktur terbuka

Merupakan kasus emergensi karena dapat menjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (golden period). Kuman belum terlalu jauh meresap dilakukan :

- 1) Pembersihan luka
- 2) Eksisi jaringan mati/debridement
- 3) Hecting situasi
- 4) Anti biotik

b. Seluruh fraktur

1) Rekognisis/pengenalan

Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya

2) Reduksi/manipulasi/reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Dapat juga diartikan reduksi fraktur (seting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada ke sejajarannya dan rotasi anatomis (bruner,2010)

Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode tertentu yang dipilih bergantung sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Biasanya dokter melakukan reduksi fraktur sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat inflasi karena edema dan perdarahan.

3) Retensi/imobilisasi

Upaya dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimum. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi

kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Ekstermitas di pertahankan dalam posisi yang diinginkan, sementara gips, bidai dan alat lain di pasang oleh dokter. Alat immobilisasi akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang. Pada kondisi tertentu memerlukan reduksi terbuka. Dengan pendekatan pembedah, fragmentulang di reduksi. Alat fiksasi internal dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat paku, atau batangan logam digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisi sampai penyembuhan tulang.

#### 4) Rehabilitasi

Menghindari antropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diserahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (mis pengkajian peredaran darah, nyeri perabaan, gerakan) di pantau, dan ahli bedah ortopedi di beritahu segera apabila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan, ansietas, dan ketidak nyamanan di kontrol dengan berbagai pendekatan (mis perubahan posisi, manajemen nyeri, termasuk analgesik). latihan isometrik dan setting otot diusahakan untuk meminimalkan antrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah. Partisipasi dan aktivitas hidup sehari hari di usahakan untuk memperbaiki kemandirian fungsi dan harga diri.

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Haryono & Utami, 2020) pemeriksaan diaknostik yang umum di lakukan pada kasus fraktur adalah :

### a. Foto rotgen (X-ray)

Untuk mengetahui lokasi, garis, tempat dan tipe fraktur secara

langsung yang diambil sebelum dan sesudah di lakukan operasi serta selama proses penyembuhan secara periodik.

b. Scan tulang, temogram, atau CT/MRI

Untuk memperhatikan fraktur secara lebih jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Arteriogram

Dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.

d. Hitung darah lengkap Hitung darah lengkap

Hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan. Selain itu, peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai *respons* terhadap peradangan.

e. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

## 8. Komplikasi

Komplikasi serius fraktur dapat mengancam nyawa atau menyebabkan disfungsi ekstremitas permanen. Menurut komplikasi fraktur terdiri dari 2 yaitu komplikasi jangka pendek dan komplikasi jangka panjang. Komplikasi jangka pendek yaitu :

a. Perdarahan

Perdarahan menyertai semua fraktur, dan cedera jaringan lunak.

b. Cedera vaskuler

Beberapa fraktur terbuka mengganggu pembuluh darah. Disisi lain, fraktur tertutup, terutama fraktur suprakondilaris, mengganggu suplai vaskuler yang cukup dan menyebabkan iskemia ekstremitas distal.

c. Cedera saraf

Saraf mungkin cedera ketika diregangkan oleh potongan tulang yang

retak, ketika memar oleh pukulan benda tumpul, atau ketika robekan karena serpihan tulang yang tajam. Ketika saraf memar (disebut neurapraxia), kondisi saraf terhambat, tetapi saraf tidak robek. Neurapraxia menyebabkan defisit nutrisi motorik dan atau sensorik sementara. Ketika saraf hancur (axonotmesis), akson terluka, tetapi selubung mielin tidak. Biasanya, saraf robek (neurometesis) pada fraktur terbuka. Saraf yang robek tidak sembuh secara *spontan* dan harus diperbaiki dengan pembedahan.

d. Emboli pulmonal

Penyumbatan pada arteri pulmonalis yang biasanya terjadi pada pasien dengan fraktur panggul dan pinggang

e. Emboli lemak

Fraktur dapat menyebabkan robekan jaringan lemak hingga masuk ke dalam aliran darah dan menyumbat pembuluh darah dapat mengakibatkan edema serebral dan hipoksia.

f. Sindroma kompartemen

Fraktur dapat memicu pembengkakan pada otot atau jaringan di dalam kompartemen. Pembengkakan ini mengakibatkan tekanan di

dalam komplementer akan meningkat. Setelah beberapa waktu, aliran darah dan pasokan oksigen akan menurun dan mengakibatkan kerusakan otot. Jika tidak ditangani, kondisi ini akan memperburuk pembengkakan dan merusak saraf yang menjadi bagian dari kompartemen. Otot juga akan rusak dan mengalami kematian jaringan (nekrosis) secara permanen.

g. Infeksi

Setiap fraktur dapat terinfeksi, tetapi risiko tertinggi akan dialami oleh orang-orang yang pernah menjalani pembedahan. Infeksi akut lebih jauh lagi dapat menyebabkan osteomielitis, yang akan sulit



disembuhkan.

Komplikasi jangka panjang fraktur adalah sebagai berikut :

a. Ketidak stabilan sendi

Patah tulang dapat menyebabkan ketidak stabilan sendi. Ketidakstabilan ini dapat melumpuhkan dan meningkatkan risiko osteoarthritis.

b. Kekakuan dan gangguan rentang gerak

Fraktur yang meluas ke sendi biasanya mengganggu kartilago artikular, menyebabkan osteoarthritis, dan merusak gerak sendi kekakuan lebih memungkinkan terjadi jika sendi membutuhkan imobilisasi yang berkepanjangan seperti lutut, siku dan bahu rentang terjadi kekakuan traumatis, terutama pada orang tua.

c. Non Union

Faktor penyebab utamanya termasuk imobilisasi tidak lengkap, gangguan sebagian pasokan vaskuler, dan faktor pasien yang merusak penyembuhan seperti penggunaan kortikosteroid atau hormon tiroid.

d. Malunion

Sembuhnya tulang tetapi meninggalkan kelainan bentuk tulang.

e. Osteonecrosis

Kematian beberapa bagian tulang akibat darah yang mengalir ke area tulang terganggu.

f. Osteoarthritis

Keadaan dimana sendi-sendi terasa sakit, kaku, dan bengkak akibat adanya fraktur. Bagian tubuh yang biasanya terserang meliputi tangan, lutut, pinggul, dan tulang panggul.

g. Perbedaan panjang tungkai

Jika fraktur pada anak-anak melibatkan lempengan pertumbuhan, pertumbuhan anak tersebut dapat terpengaruh. Biasanya satu tungkai anak menjadi lebih pendek dari yang lain. Pada orang dewasa, perbaikan

fraktur secara bedah terutama fraktur ekstremitas bawah, dapat menyebabkan kesulitan berjalan.

h. Kecacatan

Kelainan bentuk tubuh atau hilangnya salah satu bagian tubuh yang diakibatkan oleh fraktur dengan melakukan tindakan amputasi.

## 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 dipersepsikan 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 et al., 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 Nosiseptif

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 (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 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 penderitaanya 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 disepanjang 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 memengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut memengaruhi nyeri. Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki.

b. 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.

c. Genetik

Informasi genetik 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.

d. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi 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 cingulat 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.

b. 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.

c. 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).

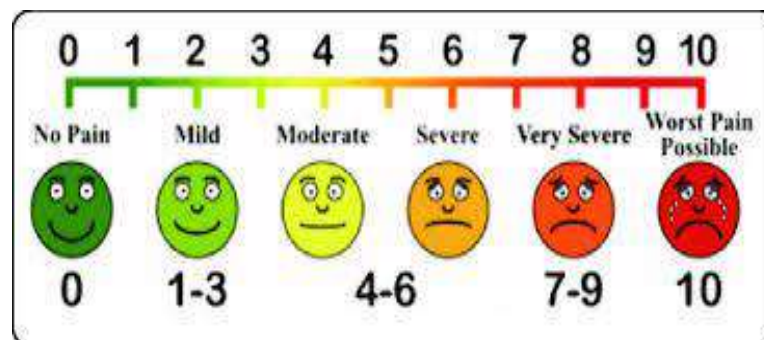
## 5. Macam-Macam Pengukuran Nyeri

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 redanya 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.



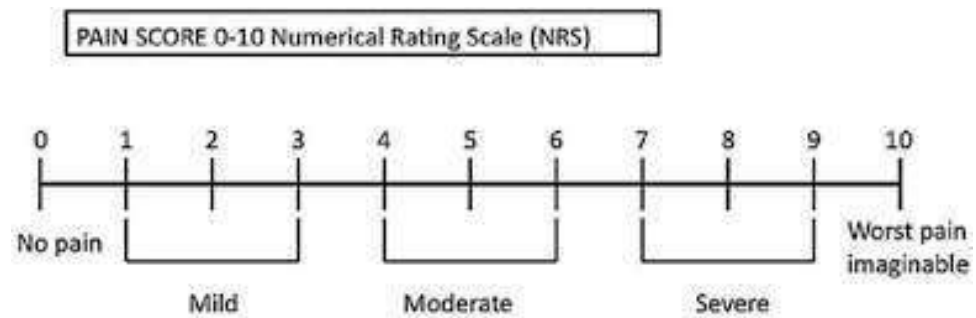
Gambar 2. 1 Vas Scale Pain

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 didasari 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. 2 NRS Pain 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 berasa, 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 berfikir 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. Pentalaksanaan Nyeri

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

- a. Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obatobatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi



stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi *respon* cortical.

- b. Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:
  - 1) Imaginasi terbimbing (guided imagery);
  - 2) Relaksasi pernapasan;
  - 3) Hipnotherapi;
  - 4) Distraksi atau peralihan perhatian;
  - 5) Relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching); dan,
  - 6) Meditasi dan visualisasi.

### **C. Konsep Mobilisasi Dini**

#### **a. Definisi Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini adalah proses aktivitas yang dilakukan sesudah pembedahan, mulai dari olahraga ringan di tempat tidur hingga kemampuan untuk bangun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan keluar dari kamar tidur (Brunner & Suddarth, 2016). Mobilitas atau mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan bebas, mudah dan teratur dalam rangka memenuhi kebutuhan aktivitas untuk memelihara kesehatannya (Hidayat, 2012).

Mobilisasi dini merupakan aspek penting dari fungsi fisiologis karena penting untuk mempertahankan otonomi. Dari kedua definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini merupakan upaya mempertahankan otonomi sedini mungkin dengan membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologisnya (Carpenito, 2014).

Mobilisasi dini merupakan salah satu teknik yang direkomendasikan dan diyakini mampu membantu mengurangi rasa nyeri sesegera mungkin untuk pasien pasca operasi. Upaya ini sangat penting dilakukan secara bertahap, karena mampu mengurangi rasa nyeri pada luka pasca operasi,

melancarkan peredaran darah sehingga luka jahitan cepat membaik. Kerugian yang akan dialami oleh akibat mobilitasi dini yang terlambat antara lain, proses penyembuhan semakin lama dan sulit mengatur posisi yang nyaman, selain itu yang paling penting rasa nyeri yang dirasakan akan semakin lambat berkurang dan penyembuhan luka semakin lama (Des Metasari, 2023)

Mengurangi nyeri agar pasien bisa melakukan mobilisasi tanpa ketidaknyamanan berlebih dilakukan kolaborasi pemberian analgesik. Analgesik diberikan tiap 6-8 jam, maksimal 4 g/hari. NSAID (misal Ketorolac): Bila digunakan, berikan setelah makan, maksimal 5 hari pemakaian, antibiotik IV diberikan setiap 8 jam selama 24-48 jam post operasi, kalsium + Vit D diberikan malam hari karena penyerapan lebih baik saat tidak ada kompetisi makan lain. Pemberian analgesik diberikan 30 menit hingga 1 jam sebelum mobilisasi, terutama jika diberikan secara oral, jika menggunakan analgesik injeksi atau IV, onset-nya lebih cepat, bisa diberikan 15–30 menit sebelum mobilisasi.

b. Syarat-syarat pasien untuk Mobilisasi Dini:

1. Kondisi umum stabil

- Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi.
- Nadi: 60–100 kali/menit
- Tekanan darah:  $\geq 90/60$  mmHg dan  $< 180/100$  mmHg
- Saturasi oksigen:  $\geq 90\%$  tanpa penurunan tajam saat bergerak
- Pernapasan:  $< 24$  x/menit
- Tidak ada demam tinggi atau infeksi akut berat.

2. Kesadaran baik

- Minimal kompos mentis (sadar penuh), atau sesuai instruksi sederhana.

3. Tidak ada kontraindikasi medis

- Tidak sedang dalam kondisi syok, perdarahan aktif, aritmia berat,

atau gangguan neurologis berat (misal: stroke akut berat).

- Pasien tidak mengalami nyeri hebat atau ketidakstabilan ortostatik parah.

4. Kekuatan otot mencukupi

- Dapat menggerakkan anggota gerak sendiri (minimal kekuatan otot 3/5).

5. Tidak ada hambatan mekanis

- Seperti gips total, fiksasi tulang yang membatasi mobilisasi, atau alat medis yang belum memungkinkan untuk digerakkan (misal: ventilator invasif pada pasien yang tidak sadar).

6.

- Bersedia diajak kerja sama dan bisa mengikuti instruksi sederhana dari petugas.

c. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Carpenito (2014), mobilisasi ada tiga rentang gerak antara lain adalah:

1) Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan cara menggerakkan otot orang lain secara pasif, seperti perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2) Rentang gerak aktif

Ini melibatkan melatih kelenturan dan kekuatan otot dan persendian dengan menggunakan otot secara aktif, misalnya berbaring, pasien menggerakkan kakinya.

3) Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot dan persendian dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

d. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut akan dijelaskan

tahapan-tahapan mobilisasi dini pada *post* operasi :

1. Setelah operasi, dalam 6 jam pertama pasca operasi, pasien harus beristirahat terlebih dahulu. Mobilisasi dini yang dapat dilakukan antara lain menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar mata kaki, menaikkan tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.

Agar dapat melakukan tahap ini tanpa rasa sakit maka dilakukan dengan cara menopang punggung dengan bantal dalam posisi setengah duduk, lalu menggerakkan kaki ke depan dan ke belakang serta berputar ke kanan dan ke kiri. Gerakan kaki ini, dapat dilakukan juga dalam posisi berbaring atau sebelum pasien mampu untuk duduk. Apabila tubuh semakin kuat, kedua kaki ditekuk, kemudian diluruskan. Diulangi semampunya.

2. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli. Setiap 2 jam, pasien dibantu untuk miring kanan miring kiri, batuk dan nafas dalam. Bantal kecil diletakkan di bagian abdomen untuk mengurangi ketidaknyamanan daerah insisi ketika batuk (McKinney, 2011).
3. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat memulai belajar duduk secara bertahap
4. Pasien didudukkan selama 5 menit dengan sandaran, lalu beristirahat jika lelah, durasi duduk ditingkatkan secara bertahap menjadi 10 menit, 15 menit dan seterusnya sesuai kemampuan pasien, Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien dapat belajar berdiri di samping tempat tidur. Setelah mampu berdiri di samping tempat tidur dalam beberapa menit, dianjurkan pasien mencoba berjalan sedikit demi sedikit. Awalnya akan sangat menyakitkan. Namun dengan beberapa kali latihan, rasa sakit tersebut akan berangsur-angsur berkurang (Kasdu, 2013). Perawat harus menganjurkan pasien pasca operasi untuk meningkatkan aktivitas dan pergerakannya setiap hari. Setelah hari kedua pasca operasi, pasien

biasanya sudah diizinkan untuk mandi (McKinney, 2011).

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

Seseorang akan melakukan mobilisasi karena banyak faktor, menurut Hidayat (2012) mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

1. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

2. Kebudayaan

Kapasitas mobilisasi juga dapat dipengaruhi oleh budaya. Misalnya masyarakat yang memiliki budaya berjalan jarak jauh memiliki kapasitas mobilisasi yang kuat, di sisi lain ada masyarakat yang mengalami gangguan mobilitas (sakit), karena adat dan budaya dilarang melakukan mobilisasi.

3. Proses penyakit / cedera

Proses penyakit mampu memengaruhi kapasitas mobilisasi karena dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh.

4. Tingkat energi

Energi adalah sumber mobilisasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik, diperlukan energi yang cukup.

e. Kontraindikasi umum

1. Infark miokard akut (serangan jantung segar)
2. Disritmia jantung yang tidak stabil atau angina tidak stabil
3. Syok (sepsis atau jenis lain)
4. Hipertensi berat (sistol > 200 mmHg dan/atau diastol > 100–110 mmHg)
5. Hipotensi ortostatik (penurunan tekanan > 20 mmHg)
6. Denyut nadi tidak stabil (< 40 atau > 130–120 bpm)

7. Disfungsi pernapasan berat ( $\text{SpO}_2 < 88\%$ ,  $\text{RR} < 5$  atau  $> 40$  x/mnt, sianosis, gejala asmaatik tidak terkendali)
  8. Trombosis vena dalam (DVT)/emboli paru akut
  9. Fraktur tidak stabil (misalnya pelvis, tulang punggung, tulang panjang ekstremitas bawah)
  10. Penyakit sistemik akut atau demam tinggi
  11. Embolisme aktif (termasuk tromboflebitis)
  12. Gangguan neurologis berat (misalnya peningkatan tekanan intrakranial tanpa kontrol, kraniektomi, drainase terbuka, cedera tulang belakang tak jelas)
  13. Sedasi berat atau gangguan kesadaran ( $\text{RASS} < -2$  atau tidak bisa bangun; delirium yang parah, tidak bisa ikuti instruksi sederhana)
  14. Kelemahan umum ekstrem atau energi sangat rendah
- f. Syarat – syarat pasien mobilisasi dini
1. Kondisi Medis Stabil
    - Tanda-tanda vital stabil: tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh.
    - Tidak dalam keadaan syok, perdarahan aktif, atau gagal napas akut.
  2. Kesadaran Cukup
    - Pasien sadar penuh atau setidaknya dapat mengikuti instruksi sederhana.
    - Skala *Glasgow Coma Score* (GCS)  $\geq 13$  (idealnya).
  3. Fungsi Kardiovaskular Memadai
    - Tidak mengalami aritmia berat, hipotensi berat, atau gagal jantung dekompensasi.
    - Tidak ada tanda iskemia miokard akut yang tidak stabil.
  4. Fungsi Pernafasan Cukup
    - Saturasi oksigen stabil (umumnya  $> 90\%$  dengan atau tanpa

oksigen tambahan).

- Tidak tergantung penuh pada ventilator (atau ventilasi invasif dikaji dulu oleh tim medis).

#### 5. Kemampuan Motorik Dasar

- Mampu menggerakkan ekstremitas walau terbatas.
- Tidak terdapat kelumpuhan berat atau kondisi ortopedi yang kontraindikatif.

#### 6. Tidak Sedasi Berat

- Bila pasien dalam terapi sedasi, tingkat sedasinya harus ringan.
- Skala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) antara -1 sampai +1 (cukup sadar dan kooperatif).

#### 7. Tidak Ada Kontraindikasi Khusus

- Misalnya: patah tulang yang belum distabilkan, luka operasi besar di area pergerakan, tekanan intrakranial meningkat, dll.

#### 8. Persetujuan dan Kerja Sama Pasien

- Pasien mampu berpartisipasi aktif dan tidak menolak mobilisasi.
- Edukasi sudah diberikan sebelumnya mengenai pentingnya mobilisasi dini.

#### g. Manfaat Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini baik dilakukan untuk pasien yang menderita beberapa jenis penyakit. Menurut Mubarak (2015), keuntungan dari mobilisasi dini adalah:

- 1) Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernapasan, yaitu mencegah atelektasis dan pneumonia *hipostatik*, dengan meningkatkan kesadaran mental akan dampak peningkatan oksigen pada otak.
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah yaitu nutrisi untuk memudahkan penyembuhan pada daerah luka, dapat mencegah tromboflebitis, meningkatkan fungsi ginjal, mengurangi nyeri.
- 3) Meningkatkan buang air kecil untuk menghindari retensi urin.

- 4) Meningkatkan metabolisme, antara lain:
  - a) Mencegah penurunan tonus otot
  - b) Kembalikan keseimbangan nitrogen
- 5) Meningkatkan peristaltik yaitu memperlancar terjadinya perut kembung, mencegah distensi abdomen dan nyeri gas, mencegah konstipasi dan mencegah ileus paralitik.

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus Fraktur**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahapan awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu kecermatan dan ketelitian mengenali masalah pasien sehingga dapat memberikan arahan terhadap tindakan dalam keperawatan dan keberhasilan proses dalam keperawatan bergantung pada tahap pengkajian.

#### **a. Identitas pasien**

Meliputi ; nama, nomor medikal record, jenis kelamin umur, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis.

#### **b. Identitas penanggung jawab**

Meliputi ; nama, jenis kelamin, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

#### **c. Keluhan utama**

Pada umumnya pasien datang karena jatuh dan atau kecelakaan lalu lintas, dengan mengeluhkan nyeri pada paha, penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah, deformitas, pemendekan ekstremitas karena kontraksi otot, adanya krepitasi, pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit yang terjadi akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur (Noor, 2016). untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan

- 1) *Provoking* : 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* : 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 menerapkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsi.
- 5) *Time* : berapalama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pasien fraktur di sebabkan karena trauma atau kecelakaan dapat mengakibatkan kerusakan jaringan disekitar tulang, perdarahan, nyeri akut, bengkak, pucat, berubahnya warna kulit di sekitar fraktur dan bahkan tidak terasanya bagian bawah yang patah.

e. Riwayat penyakit dahulu

Biasanya pasien pernah mengalami kejadian patah tulang sebelumnya dan pasien dengan gangguan metabolik tulang, seperti osteoporosis, dapat mengalami fraktur dari trauma minor karena kerapuhan tulang akibat gangguan yang telah ada sebelumnya (Black & Hawaks, 2014) selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

f. Riwayat penyakit keluarga

Apakah pasien mempunyai penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit tulang yang merupakan salah satu factor predisposisi terjadinya fraktur, seperti Diabetes melitus, osteoporosis yang cenderung diturunkan secara genetik. Penyakit

menular seperti HIV, tuberklosis.

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-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

h. Pola aktivitas sehari-hari (ADL) Menurut (Wahid, 2013) sebagai berikut ;

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Biasanya pada kasus fraktur akan timbul permasalahan perubahan kebiasaan mandi tergantung karena gerakannya terbatas, rasa tidak nyaman, ganti pakaian, BAB, dan BAK memerlukan bantuan lain, merasa takut akan mengalami kecacatan dan merasa cemas dalam menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulang karena kurangnya ilmu pengetahuan.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Biasanya pada pasien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi pasien bisa membantu

menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu obesitas juga

menghambat degenerasi dan mobilitas pasien.

3) Pola eliminasi

Pola eliminasi dapat dikaji dengan melihat frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada eliminasi. Sedangkan pada eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatan, bau, warna, dan jumlah urin. Pada kedua pola ini juga dikaji adakah kesulitan atau tidaknya dalam BAB maupun BAK.

4) Pola istirahat dan tidur

Biasanya kebiasaan pola tidur dan istirahat mengalami gangguan yang disebabkan oleh nyeri akut yang disebabkan oleh fraktur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan yang disebabkan oleh fraktur sehingga kebutuhan pasien akan di bantu oleh perawat dan keluarga.

6) Pola bekerja

Biasanya pada pasien yang mengalami fraktur akan mengalami gangguan diri, pasien takut cacat seumur hidup atau tidak dapat bekerja lagi.

7) Pola hubungan dan peran

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

8) Pola sensori kognitif

Biasanya pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian dista fraktur, sedangkan pada indera lain tidak timbul gangguan. Selain itu juga ada rasa nyeri pada fraktur.

9) Pola reproduksi seksual

Biasanya pasien sudah berkeluarga dan memiliki anak, maka akan mengalami gangguan pola seksual dan reproduksi karena lamanya waktu perawatan. Sedangkan yang belum berkeluarga tidak mengalami gangguan.

#### 10) Pola penanganan stres

Biasanya pada pasien timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidak kuatannya timbul kecacatan pada dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada dirinya.

#### 11) Pola tatanilai dan keyakinan

Biasanya 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

Dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status generalisata) untuk dapat gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan *total care* karena ada kecenderungan imana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam (Wahid, 2013).

##### 1) Keadaan umum ;

- a. Kesadaran
- b. Biasanya apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan pasien.
- c. Kesakitan, keadaan penyakit kasus fraktur biasanya akut.
- d. Tanda-tanda vital tidak normal
- e. Karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

##### 2) Secara sistemik (heat to toe)

a) Sistem integumen

Biasanya Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, nyeri tekan.

b) Kepala

Biasanya Tidak ada gangguan yaitu, norma chepalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

c) Leher

Biasanya Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

d) Muka

Biasanya Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, tak edema.

e) Mata

Biasanya Kalau fraktur tertutup konjungtiva tidak anemis, fraktur terbuka konjungtiva akan anemis (pucat).

f) Telinga

Biasanya tidak ada lesi dan nyeri tekan, kadang terjadi benturan yang berakibat perdarahan.

g) Hidung

Biasanya Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung, apabila terjadi benturan akan mengakibatkan perdarahan pada hidung.

h) Mulut dan faring

Biasanya Tidak ada pembesaran tonsil, gusi, tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

i) Thoraks

Biasanya Tak ada gerakan otot dada intercostae, gerakan dada simetris.

j) Paru-paru

Inspeksi

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

Palpasi

Biasanya pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.

Perkusi

Biasanya suara ketok sonor, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

Auskultasi

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

k) Jantung

Inspeksi

Tidak nampak iktus cordis

Palpasi

Biasanya nadi meningkat, iktus tidak teraba.

Auskultasi

Biasanya suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur

l) Abdomen Inspeksi

Biasanya bentuk datar, simetris dan tidak ada hernia.

1) Palpasi: Biasanya tugor baik, tidak ada defands muskuler, hepar tidak teraba.

2) Perkusi : Suara thympani, ada pantulan gelombang cairan.

3) Auskultasi : Peristaltik usus normal lebih kurang 20 kali/menit.

m) Ekstermitas

Biasanya ketidak mampuan menggunakan tungkai yang cedera, adanya rasan nyeri pada daerah fraktur, kebiruan dan bengkak merupakan gejala yang biasa terjadi karna fraktur melibatkan cedera jaringan lunak. *Look* (lihat) apakah terdapat pembengkakan, memar, dan deformitas yang terlihat. Penting mengetahui apakah kulit masih utuh atau tidak untuk menentukan jenis fraktur terbuka atau tertutup. *Feel* (rasakan) palpasi pada area yang cedera dan mungkin terjadi perlukaan. *Listen* (mendengarkan) untuk mengetahui adanya krepitasi.

n) Genetalia

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran hymhe, tak ada kesulitan BAB.

3. Pemeriksaan diaknostik

Menurut (Wahid, 2013), pemeriksaan radiologi pada pasien dengan fraktur meliputi :

1) Pemeriksaan radiologi

a. X-ray

Sebagai penunjang pemeriksaan yang penting adalah “pencitraan” menggunakan sinar rotgrn (X-ray). untuk mendapatkan gambaran tiga dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulut, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan patologis yang dicari karena adanya super posisi. Perlu disadari

permintaan X-ray harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan. Selain foto polos X-ray (plane X-ray) mungkin perlu teknik khusus seperti :

a) Tomografi

menggambarkan tidak satu struktur saja tapi struktur lain tertutup yang sulit di visualisasikan. Pada kasus ini di temukan kerusakan struktur yang kompleks dimana tidak pada struktur juga mengalaminya.

b) Myelografi

menggambarkan cabang-cabang saraf spinal dan pembuluh darah di ruang vertebrae yang mengalami kerusakan akibat trauma.

c) Arthrografi

menggambarkan jaringan ikat yang rusak karena rudal paksa.

d) Computed Tomografi-scanning

menggambarkan potongan secara transversal dari tulang dimana didapatkan suatu struktur tulang yang rusak.

b. Scan tulang, tonogram, CT-Scan/MRI

Memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Arteriogram

Menggambarkan jaringan-jaringan ikat yang merusak karena rudal paksa.



2) Pemeriksaan Laboratorium pada pasien dengan fraktur meliputi :

a. Kalsium serum dan fosfat

Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

b. Alkaline fosfat

Alkaline fosfat meningkat pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan *osteoblastik* dalam pembentukan tulang.

c. Enzim otot

Enzim otot selain kreatinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5), aspartat amino Transferase (AST), aldolase yang meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

d. Hitung darah lengkap

Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multipel) peningkatan jumlah SDP adalah *respon* stress normal setelah trauma.

e. Profil koagulasi

Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple.

3) Pemeriksaan lain-lain

a. Pemeriksaan mikroorganisme kultur dan test sensitivitas : didapatkan mikroorganisme penyebab

infeksi.

- b. Biopsi tulang dan otot : pada intinya pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan diatas tapi lebih diindikasikan bila terjadi infeksi.
- c. Elektromyografi : terdapat kerusakan konduksi saraf yang diakibatkan fraktur.
- d. Arthroscopy : didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan.
- e. Indium imaging : pada pemeriksaan ini di dapatkan adanya infeksi pada tulang.
- f. MRI : menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Adapun diagnosis keperawatan yang lazim dijumpai pada klien fraktur adalah (SDKI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
- c. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kehilangan folume jaringan.
- e. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma.
- f. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- h. Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri
- i. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal.

### 3. ` Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategis desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Budiono, 2016).

**Tabel**

**Diagnosa dan Intervensi Keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI**

No	Diagnosa Kep	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik.</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Tampak meringis</li> <li>3. Bersikap protektif (mis. Menghindar dari lokasi nyeri.</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Frekuensi nadi meningkat.</li> <li>6. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat.</li> <li>2. Nafsu makan berubah</li> <li>3. Berfokus pada diri sendiri</li> </ol>	<p><b>Tingkat nyeri menurun</b> Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat.</li> <li>2) Keluhan nyeri menurun</li> <li>3) Meringis menurun.</li> <li>4) Gelisah menurun.</li> <li>5) Kesulitan tidur menurun.</li> <li>6) Ketegangan otot menurun.</li> <li>7) Nafsu makan menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (L. 08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri.</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3) Identifikasi respon 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 pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup .</li> <li>8) Monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( <b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring</b></li> </ol>

			<p><b>kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri)</b></p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>5) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p>1. Mengeluh sulit mengerakan ekstremitas.</p> <p>2. Kekuatan otot menurun.</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) menurun.</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p>	<p>Mobilitas fisik meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot meningkat</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4. Gerakan terbatas menurun.</p> <p>5. Kelemahan fisik menurun.</p>	<p>Dukungan ambulasi (1.06171)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</p> <p>3. Monitor frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.</p> <p><b>Terapeutik</b></p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan.</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak.</li> <li>4. Sendi kaku.</li> <li>5. Gerak tidak terkoordinasi</li> <li>6. Gerak terbatas.</li> <li>7. Fisik lemah.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu.</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi (mis : membantu mengerjakan ekstremitas secara perlahan seperti mengerjakan kaki)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi .</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulansi dini.</li> <li>3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan</li> <li>4. ( mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda).</li> </ol>
3.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)</p> <p><b>Tanda dan gejala mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit.</li> </ol> <p><b>Tanda dan gejala minor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Perdarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> </ol>	<p><b>Integritas kulit dan jaringan meningkat</b></p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat.</li> <li>2. Kerusakan jaringan menurun.</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun.</li> <li>4. Perdarahan menurun.</li> <li>5. Nekrosis menurun.</li> <li>6. Tekstur membaik</li> </ol>	<p>Perawatan luka (I.14564) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau).</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan.</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai di kulit/lesi, jika perlu.</li> <li>5. Pasang balutan sesuai</li> </ol>

	4. Hematoma		<p>jenis luka.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka.</li> <li>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.</li> <li>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai dengan kondisi pasien.</li> <li>9. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari.</li> <li>10. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vitamin A, vitamin C, Zink, Asam amino), sesuai indikasi.</li> <li>11. Berikan terapi TENS (Stimulasi Syaraf Transkutaneus), jika perlu.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalsium dan protein.</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.</li> </ol>
4.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasi	<p><b>Tingkat ansietas menurun</b> Dengan kriteria hasil :</p>	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat</li> </ol>

	<p><b>Tanda dan gejala mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat</li> <li>3. Sulit berkonsentrasi</li> <li>4. Tampak gelisah</li> <li>5. Tampak tegang</li> <li>6. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Tanda dan gejala minor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh pusing</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Palpitasi</li> <li>4. Merasa tidak berdaya</li> <li>5. Frekuensi nafas meningkat</li> <li>6. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>7. Tekanan darah meningkat</li> <li>8. Tremor</li> <li>9. Berorientasi pada masa lalu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsentrasi menurun</li> <li>2. Pola tidur menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah</li> <li>4. Verbalisasi kebingungan</li> <li>5. Verbalisasi khawatir akibat kondisi</li> <li>6. Perilaku tegang</li> </ol>	<p>ansietas berubah (mis, kondisi, waktu stresor).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</li> <li>3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal).</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas.</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> <li>7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</li> <li>2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak</li> </ol>
--	---	--	---

			<p>kompetitif, sesuai kebutuhan.</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan.</p> <p>6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.</p> <p>7. Latih teknik relaksasi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>7. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu</p>
5.	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan infasif	<p><b>Tingkat infeksi menurun</b> Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Nafsu makan meningkat</li> <li>4. Demam menurun</li> <li>5. Kemerahan menurun</li> <li>6. Nyeri menurun</li> <li>7. Bengkak menurun</li> <li>8. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539))</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik.</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 area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Ajarkan cuci tangan dengan benar.</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan</li> </ol>



			asupan cairan.
--	--	--	----------------

Sumber : Tim Pokja SDKI PPNI (2020)

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

Implementasi adalah tindakan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (independen) dan kolaborasi (dependen). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartonah, 2015). Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Dokumen ini dapat digunakan sebagai alat bukti apabila ternyata timbul masalah hukum terkait dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umumnya dan perawat khususnya (Budiono, 2016).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan proses terakhir keperawatan yang menentukan tingkat keberhasilan keperawatan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Budiono, 2016). Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP.

### **E. Evidence Based Nursing (EBN)**

#### **1. Konsep Mobilisasi Dini**

Mobilitas atau Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan

#### **2. Manfaat Mobilisasi Dini**

Mobilisasi dini adalah aktivitas fisik yang dilakukan sesegera mungkin setelah pasien mengalami kondisi medis tertentu (seperti operasi, stroke, atau perawatan intensif) untuk mencegah komplikasi dan mempercepat

pemulihan.

- a) Mencegah komplikasi akibat tirah baring:
- b) Mempercepat pemulihan fungsi tubuh:
- c) Meningkatkan fungsi saluran cerna dan saluran kemih.
- d) Meningkatkan kesehatan mental dan psikologis:
- e) Mengurangi lama rawat inap dan biaya perawatan:

3. Tujuan dari mobilisasi dini menurut Susan J. Garrison (2004), antara lain:

- a) Mempertahankan fungsi tubuh
- b) Memperlancar peredaran darah
- c) Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- d) Mempertahankan tonus otot
- e) Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- f) Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- g) Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

4. Proses Mobilisasi menurunkan nyeri

Proses mobilisasi dapat menurunkan nyeri melalui beberapa mekanisme fisiologis dan psikologis. Berikut adalah penjelasan tentang bagaimana mobilisasi (baik secara aktif maupun pasif) membantu mengurangi nyeri:

a). Peningkatan Sirkulasi Darah

Mobilisasi meningkatkan aliran darah ke area tubuh yang mengalami nyeri. Hal ini membantu:

- Membawa oksigen dan nutrisi ke jaringan yang rusak.
- Mengeluarkan zat-zat sisa metabolisme yang bisa memperparah nyeri, seperti prostaglandin dan asam laktat.

b). Mengurangi Kekakuan Otot dan Sendi

Imobilisasi atau tidak bergerak dalam waktu lama dapat menyebabkan kekakuan otot dan sendi, yang memperburuk rasa nyeri. Mobilisasi:

- Membantu menjaga atau meningkatkan fleksibilitas.
- Mencegah kontraktur dan adhesi jaringan lunak.

c). Stimulasi Saraf Sensorik (Gate Control Theory of Pain)

Menurut teori Gate Control, rangsangan sensorik dari gerakan tubuh dapat “menutup gerbang” nyeri di sumsum tulang belakang, sehingga sinyal nyeri tidak sampai ke otak. Artinya:

- Gerakan bisa mengalihkan perhatian sistem saraf dari sinyal nyeri.
- Ini menjelaskan mengapa peregangan ringan atau latihan gerak bisa mengurangi nyeri kronis.

d). Pelepasan Endorfin

Mobilisasi, khususnya dalam bentuk olahraga ringan atau terapi fisik, memicu tubuh melepaskan endorfin, yaitu hormon alami penurun nyeri yang juga meningkatkan perasaan nyaman.

e). Peningkatan Psikologis dan Rasa Kontrol

Pasien yang aktif bergerak sering kali merasa lebih berdaya dan percaya diri. Ini berkontribusi pada:

- Penurunan persepsi nyeri.
- Penurunan kecemasan dan depresi yang sering memperburuk nyeri Kronis

5. Faktor yang memperberat nyeri *post op* fraktur

Faktor-faktor yang memperberat nyeri pasca operasi fraktur (patah tulang) meliputi berbagai aspek yang bisa berasal dari kondisi medis pasien, jenis operasi, hingga faktor psikologis. Berikut adalah beberapa faktor utama:

a). Jenis dan Lokasi Fraktur

- Fraktur tulang besar (misalnya femur, pelvis) cenderung menyebabkan nyeri yang lebih berat.
- Fraktur yang melibatkan sendi lebih nyeri karena gerakan sendi menstimulasi ujung saraf nyeri.

b). Jenis Prosedur Operasi

- Operasi terbuka dengan manipulasi jaringan lunak yang luas akan menimbulkan nyeri lebih dibanding prosedur minimal invasif.
- Lama operasi yang panjang juga meningkatkan trauma jaringan dan nyeri.

c). Tingkat Kerusakan Jaringan

- Semakin banyak jaringan lunak yang rusak (otot, ligamen, kulit), semakin besar nyeri yang dirasakan.

d). Inflamasi Pasca Operasi

- Proses inflamasi normal pasca operasi dapat menyebabkan edema dan tekanan pada saraf, memperburuk nyeri.

e). Infeksi Luka Operasi

- Infeksi memperparah inflamasi dan menimbulkan nyeri lebih berat, sering disertai demam dan pembengkakan.

f). Stabilitas Fiksasi

- Fiksasi yang kurang stabil menyebabkan mikrogerakan pada area fraktur, memicu nyeri.

g). Faktor Psikologis

- Kecemasan, stres, dan depresi meningkatkan persepsi nyeri (pain perception).
- Kurangnya edukasi pasien tentang pasca operasi juga bisa membuat pasien lebih sensitif terhadap nyeri.

h). Manajemen Nyeri yang Tidak Adekuat

- Dosis analgetik yang tidak sesuai atau keterlambatan pemberian menyebabkan nyeri lebih sulit dikontrol.

i). Riwayat Penyakit Kronis

- Pasien dengan nyeri kronis sebelumnya (misalnya low back pain) lebih sensitif terhadap nyeri pasca operasi.
- Komorbiditas seperti diabetes (neuropati) juga bisa mempengaruhi intensitas nyeri.

j). Faktor Usia

- Pada lansia, toleransi terhadap nyeri bisa menurun dan *respons* terhadap analgesik bisa berbeda.

### F. Analisis Jurnal yang Berkaitan dengan EBN

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
Judul jurnal	Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien <i>Post</i> Operasi Di Ruang Hcu Cempaka Rsud Dr. Moewardi Surakarta	Aplikasi Mobilisasi Dini Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Fraktur <i>Post</i> Operasi	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien <i>Post</i> Operasi Fraktur Di Ruang Kenanga Rsud Sunan Kalijaga Demak	Nyeri Pada Pasien <i>Post</i> Op Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dan Ambulasi Dini	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pasca Operasi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
Identitas jurnal	IJOH: Indonesian Journal of Public Health Vol 2, No 4, September 2024 Hal. 610-619 E-ISSN 2986-6138 P-ISSN 2987-4629 <a href="file:///C:/Users/THINKPAD/Downloads/23+artikel+hal+610-619.pdf">file:///C:/Users/THINKPAD/Downloads/23+artikel+hal+610-619.pdf</a>	<a href="https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/6572/1/NASPU-B%20ARI%20P.pdf">https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/6572/1/NASPU-B%20ARI%20P.pdf</a>	TSCD3Kep _Jurnal Vol.5 No.1 Tahun 2020 ISSN: 2503-2437 <a href="https://ejournal.annurpuwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep">https://ejournal.annurpuwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep</a>	Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI) ISSN: 2746-2579 Vol. 5, No. 2, September 2024 <a href="file:///C:/Users/user/Download s/1644-4816-1-PB%20(3).pdf">file:///C:/Users/user/Download s/1644-4816-1-PB%20(3).pdf</a>	JRIK: Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan Vol.4, No.2 Juli 2024 e-ISSN: 2827-9220; p-ISSN: 2827-9247, Hal 01-12 DOI: <a href="https://doi.org/10.55606/jrik.v4i2.4037">https://doi.org/10.55606/jrik.v4i2.4037</a> Available online at: <a href="https://ejurnal.politeknipratama.ac.id/index.php/JRIK">https://ejurnal.politeknipratama.ac.id/index.php/JRIK</a>

Problem/ Populatio n	Pembedahan adalah prosedur medis invasif untuk mendiagnosis atau mengobati suatu penyakit, cedera, atau kelainan bentuk tubuh yang dapat merusak jaringan, menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh, dan mempengaruhi organ tubuh lainnya. Setelah prosedur pembedahan selesai, pasien memasuki fase pasca operasi. Masa pasca operasi dimulai dari saat pasien menyelesaikan operasi sambil terus memantau perubahan status kesehatannya hingga pasien dipindahkan ke bangsal rumah sakit biasa. (Saputra et al., 2021)	Fraktur adalah suatu kondisi dimana kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan terputus secara sempurna atau sebagian. Untuk penanganan fraktur dengan metode pembedahan akan menimbulkan rasa nyeri, metode penanganan ada dua yaitu metode farmakologis dengan pemberian analgetik, sedangkan metode non farmakologis salah satunya adalah dengan mobilisasi dini.	Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang baik total, partial yang dapat mengenai tulang panjang dan sendi jaringan otot dan pembuluh darah trauma yang disebabkan oleh stress pada tulang, jatuh pada ketinggian, kecelakaan kerja, cedera saat olah raga, fraktur degeneratif (osteoporosis, kanker, tumor tulang) dan ditandai dengan Look: tanda yang dapat dilihat, adanya deformitas berupa penonjolan yang abnormal, bengkak, warna kulit merah, adanya ekimosis, angulasi, rotasi dan pemendekan, Feel:	Fraktur merupakan suatu kondisi terputusnya jaringan tulang. Data di seluruh dunia, kejadian fraktur atau patah tulang meningkat pada tahun 2020, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Pada tahun 2022, prevalensi fraktur ekstremitas bawah meningkat sebesar 3,2%, atau sekitar 15 juta orang yang mengalami fraktur ekstremitas bawah setiap tahunnya (WHO). Dengan 1,3 juta kasus fraktur per tahun dari 238 juta penduduknya, Indonesia adalah negara terbesar di Asia Tenggara dalam hal fraktur. Namun, prevalensi fraktur ekstremitas bawah di	Fraktur merupakan hilangnya kontinuitas tulang, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan dari adanya benturan atau trauma tumpul dari objek tertentu (Mahartha, dkk., 2013). di Indonesia tercatat angka kejadian fraktur sebanyak 5,5%, bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah ekstremitas bagian bawah (67%), ekstremitas bagian atas (32%), cedera kepala (11,9%), cedera punggung (6,5%), cedera dada (2,6%), dan cedera perut (2,2%). Sedangkan di Provinsi Aceh, proporsi jenis cedera fraktur sebanyak 7,8%, sedangkan proporsi bagian tubuh yang cedera anggota gerak atas 38,2% dan anggota gerak bawah 62,6% (Kemenkes, 2018)
----------------------------	---	---	--	---	---

			nyeri, MoveK: krepitasi dan terasa nyeri saat digerakkan, gangguan fungsi pergerakan (Lewis, 2007).	Indonesia pada tahun 2018 adalah 67,9%, lebih tinggi dari prevalensi fraktur ekstremitas atas sebesar 32,1% (Baskara, 2022).	
Interventi on	Intervensi mobilisasi dini dilakukan selama 3 hari untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien <i>post</i> operasi di HCU Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Moewardi Surakarta Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dalam bentuk case study (studi kasus). Dengan melibatkan 2 pasien pasca operasi. <i>Instrument</i> penelitian menggunakan kuesioner <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)	Intervensi dimulai 6 – 8 jam <i>post</i> operasi, intervensi dilakukan pada paruh waktu pemberian analgetik sekitar 4 – 6 jam pasca pemberian analgetik, diberikan kurang lebih 3 hari, setiap satu sesi latihan dilakukan kurang lebih 10 -15 menit sesuai dengan kondisi pasien, jenis mobilisasi juga menyesuaikan kontra indikasi dari pasien, dimulai secara bertahap dari latihan penguatan otot, miring kanan atau kiri, setelah 24 jam dilanjutkan duduk, bila tidak pusing dan bukan	Intervensi keperawatan yang dilakukan terapi mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri pasien <i>post</i> operasi fraktur, mobilisasi dilakukan pada pasien <i>post</i> operasi Fraktur Ekstremitas Bawah di ruang rawat inap bedah pria. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah quasy experiment dengan desain dalam pretest- <i>post</i> test control group design, sedangkan teknik sampling yang digunakan adalah probability sampling dengan teknik yang	Pasien <i>Post</i> Op Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dan Ambulasi Dini dengan menurunkan skala nyeri pasien <i>post</i> operasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan terapi mobilisasi dini dapat menurunkan skala nyeri pasien <i>post</i> operasi fraktur, mobilisasi dilakukan pada pasien <i>post</i> operasi Fraktur Ekstremitas Bawah di ruang bedah pria. Metode Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional sampel	intervensi keperawatan dalam melakukan mobilisasi dini bertujuan untuk memperlancar aliran darah, menurunkan nyeri, dan melatih sendi <i>post</i> operasi. Pada responden pertama, setelah melakukan mobilisasi dini selama 3 hari, skala nyeri menurun dari skala 6 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan), pada responden kedua, sebelum melakukan mobilisasi dini selama 3 hari, skala nyeri menurun dari skala 7 (nyeri berat) menjadi skala 3 (nyeri ringan).

		kontra indikasi bisa dimulai dengan mulai latihan berdiri dan berjalan dengan alat bantu.	diambil yaitu simple random sampling. Instrumen penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah SOP mobilisasi dini, Skala NRS ( <i>Numeric Rating Scale</i> ) yang berisi skor 0 – 10 dan Lembar <i>observasi</i>	menggunakan teknik Accidental Sampling Populasinya adalah seluruh pasien <i>post</i> operasi fraktur Ekstremitas Bawah di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebanyak 56 pasien, sampel berjumlah 44 responden Pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner dan Analisa data menggunakan uji chi-square.	
Comparison	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Outcome	Hasil penelitian menunjukkan Sebelum dilakukan penerapan mobilisasi dini pada Tn.S didapatkan skor NRS sebesar 8 (nyeri berat) sedangkan pada Ny.N didapatkan skor NRS	Hasil dari manajemen nyeri non farmakologi mobilisasi dini untuk mengurangi nyeri bisa dilakukan dengan baik selama tiga hari perawatan, dengan hasil nyeri pasien berkurang dari skala nyeri awal	Berdasarkan analisis Uji wilcoxon kelas eksperimen dengan menggunakan dua kelompok yang berbeda atau dua kelompok yang tidak saling ketergantungan atau tidak berpasangan yaitu	Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 44 responden Sebagian besar tidak dapat melakukan mobilisasi dini secara mandiri, sebanyak 23 (52,3%) responden. Selain itu	Hasil 2 pasien pasca operasi yang menjadi responden studi kasus. Responden pertama yaitu Tn. S. usia 65 tahun mendapat prosedur operasi hernioraphy. Responden bersedia melakukan mobilisasi



	<p>sebesar 7 (nyeri sedang), Sesudah dilakukan penerapan mobilisasi dini selama 3 hari berturut turut pada Tn.S didapatkan skor NRS sebesar 4, demikian pula untuk Ny.N setelah dilakukan penerapan didapatkan skor NRS sebesar 3, dapat disimpulkan setelah diberi intervensi kedua pasien berada dalam kategori nyeri ringan.</p> <p>Kesimpulannya yaitu setelah dilakukan penerapan genggam jari selama 3 hari berturut turut pada Tn.S dan Ny.N didapatkan penurunan tingkat nyeri pada kedua pasien.</p>	<p>6/10 (nyeri sedang) turun menjadi 2/10 (nyeri ringan), maka bisa disimpulkan mobilisasi dini efektif untuk mengurangi nyeri pasien <i>post</i> operasi hemiarthoplasty.</p>	<p>melihat perbedaan skala nyeri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sig 2-tailed sig 0,000 p Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien <i>post</i> operasi fraktur femur RSUD Sunan Kalijaga Denmak</p>	<p>yang dapat melakukan mobilisasi dini secara mandiri sebanyak 21 (47,7%) responden. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 23 (52,3%) responden yang belum dapat melakukan mobilisasi dini secara mandiri, responden yang memiliki dukungan keluarga buruk yaitu sebanyak 20 (83,3%). Didapatkan hasil uji analisis Chi Square terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien <i>post</i> operasi.</p>	<p>dini selama 3 hari mulai dari H-0 pasca operasi, H-1 pasca operasi, dan H-2 pasca operasi. Pada H-0 pasca operasi, responden melakukan mobilisasi dini yaitu dengan melakukan latihan relaksasi nafas dalam, menggerakkan kaki dan tangan serta melakukan miring kanan dan kiri. Sebelum melaksanakan mobilisasi dini skala nyeri pasien yaitu skala 6 (nyeri sedang) dan setelah melaksanakan mobilisasi dini skala nyeri menurun menjadi skala 5 (nyeri sedang). Pada H-1 pasca operasi, responden melakukan mobilisasi dengan duduk di atas tempat tidur. Sebelum melakukan mobilisasi dini skala nyeri yang dirasakan</p>
--	---	--	--	---	--

					<p>pasien yakni skala 5 (nyeri sedang) dan setelah melakukan mobilisasi dini skala nyeri menurun menjadi skala 4 (nyeri sedang). Pada H-2 pasca operasi, responden melakukan mobilisasi dini dengan turun dari tempat tidur dan latihan berjalan di sekitar ruang perawatan. Sebelum melaksanakan mobilisasi dini, skala nyeri yang dikeluhkan pasien berada pada skala 4 (nyeri sedang) dan setelah melaksanakan mobilisasi dini, skala nyeri atau rasa sakit yang dialami pasien menurun menjadi skala 2 (nyeri ringan).</p>
--	--	--	--	--	--

### **BAB III**

## **METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR**

#### **A. Metodologi Penyusunan**

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 (Sarrul Bariah et al, 2024). Karya tulis akhir ini mendeskripsikan penerapan mobilisasi dini pada pasien *post op* fraktur untuk menurunkan skala nyeri.

#### **B. Waktu Dan Tempat Penelitian**

Tempat penelitian merupakan lokasi Dimana penelitian dilakukan (Ramadhan, 2022). Proses Karya tulis akhir ini yaitu mulai Maret 2025 - Juni 2025. Proses penerapan intervensi EBN mobilisasi dini ini dilakukan mulai tanggal 21 April – 10 Mei 2025. Penelitian ini dilakukan di Ruangan *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang.

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

Metode Pencarian artikel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan *Google Scholar*. Dengan kriteria pada penelusuran jurnal ini yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu 5 tahun. Dari 10 artikel yang digunakan sebagai artikel prioritas, selanjutnya peneliti menetapkan 5 artikel yang digunakan sebagai analisis untuk menjawab tujuan peneliti yang dikembangkan peneliti.

#### D. Populasi Dan Sampel

##### 1) Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek atau totalitas subjek penelitian yang dapat berupa orang, benda, suatu hal yang di dalamnya dapat diperoleh dan atau dapat memberikan informasi (data) penelitian (Eddy Roflin dan Iche Andriani, 2021). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien *post op* fraktur yang dirawat di ruang *trauma center* RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 21 April - Juni 2025.

##### 2) Sampel

Sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2019). Sampel dalam karya tulis akhir adalah dua pasien *post operasi* fraktur yang mengalami nyeri dengan tindakan mobilisasi dini di ruang *trauma center* RSUP Mdjamil Padang. Sampel didapatkan dari *accidental sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria penelitian yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah:

###### 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 (Eddy Roflin dan Iche Andriani, 2021). Dimana kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan *post op* fraktur ekstremitas bawah
- 2) Pasien kesadaran penuh (*Compos mentis*)
- 3) Pasien dan keluarga pasien bersedia menjadi *responden* dengan menandatangani *informed consent* saat pengambilan data dan dalam memberikan asuhan keperawatan

#### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil (Eddy Roflin dan Iche Andriani, 2021) . Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan *total care*.
- 2) Pasien kooperatif
- 3) Pasien post operasi yang menolak menjadi responden

### E. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data

#### 1) Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

##### a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain. Data primer adalah data atau informasi yang diperoleh dari sumber pertama, dan biasanya melalui kuesioner dan wawancara (Sigit Hermawan, 2021). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

##### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Sigit Hermawan, 2021). Data sekunder pada penelitian ini meliputi, data rekam medis dan catatan perkembangan pasien , hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

#### 2) Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan untuk mengumpulkan informasi atau fakta-fakta yang ada di lapangan. Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Ramadhan, 2022). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan *observasi* terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. *Observasi* terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan di *observasi* melalui suatu perencanaan yang matang (Sigit Hermawan, 2021). Wawancara dan *observasi* yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya ilmiah akhir ners ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan *observasi* pada pasien *post op* fraktur di ruangan *Trauma Center* di RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- b. Melakukan skrining (identifikasi pasien) di ruangan *Trauma Center* RSUP. Dr. M.Djamil Padang.
- c. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai *responden* kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan terapi inovasi mobilisasi dini, serta memberikan lembar persetujuan. Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- d. Pasien yang bersedia untuk diberikan terapi mobilisasi dini akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan

*observasi*, biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari pasien, pemeriksaan fisik, dan pengkajian skala nyeri numerik untuk mengidentifikasi nyeri yang dirasakan pasien.

- e. Mendokumentasikan hasil yang di dapatkan dari pengumpulan data dan pemberian intervensi

#### F. *Instrument*

*Instrument* 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 mobilisasi pada pasien *post op* fraktur.

#### G. Prosedur Karya Tulis Akhir

Merupakan Langkah-langkah atau tahapan yang dilakukan untuk melakukan penelitian dan pengumpulan data penelitian (Ramadhan, 2022). Prosedur karya tulis akhir, dilakukan oleh peneliti dengan tahapan :

##### 1) Tahap persiapan

Tahapan persiapan yang dilakukan oleh peneliti :

- a. Mengisi link peminatan jurusan dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang
- b. Melapor Memilih topik atau judul EBN yang akan di ambil
- c. Melakukan konsultasi dengan dosen pembimbing laporan karya tulis akhir
- d. Melakukan pengurusan izin untuk melakukan penelitian di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang
- e. Menemui perseptor klinik untuk mengonfirmasikan akan melakukan penelitian di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang

- f. Melakukan studi awal di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang terkait jumlah pasien fraktur

## 2) Tahap pelaksanaan penelitian

- a. Peneliti mendiskusikan bersama perseptor klinik kriteria inklusi dan eksklusi sampel.
- b. Peneliti melakukan identifikasi pasien untuk sampel kasus kelolaan di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Menentukan populasi dan sampel penelitian
- d. Populasi yaitu seluruh pasien fraktur di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Sampel yang akan dilakukan peneliti sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian yang dirawat di Ruangan *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Melakukan kontrak waktu dengan pasien yang telah dipilih, selanjutnya dilakukan asuhan keperawatan dan penerapan EBN, dimana diawali dengan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan, menerapkan impementasi keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan.

## 3) Tahap akhir

- a. Pada tahapan ini peneliti akan melakukan konfirmasi akhir kepada perseptor klinik, bahwasanya peneliti telah selesai melaksanakan penelitian di Ruang *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang dan melakukan terminasi kepada pasien kasus kelolaan.

## H. Analisa Data

Adalah teknik atau metode dalam memproses data menjadi informasi (Ramadhan, 2022). 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 (Sigit Hermawan, 2021).

Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi :

a. 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.

b. 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.

c. 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**

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk mengurangi skala nyeri melalui Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. A pada tanggal 16 April – 4 Mei di Ruangan Trauma Center RSUP DR. M. Djamil Padang. Kesaran Pasien Fraktur dan Bersedia Menjadi *responden*. Pelaksanaan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, *observasi*, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dimulai 24 April 2025 pukul 10:00 WIB pada partisipan 1 Tn. S yang berumur 68 tahun dan pengkajian keperawatan pada partisipan 2 Tn. A berumur 46 dimulai 1 Mei 2025 pukul 10:00 WIB. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti 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 (Tn.E)</b>	<b>Partisipan 2 (Tn.S)</b>
Identitas Pasien	<p>Studi dokumentasi dan wawancara :</p> <p>Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 23 April 2025 didapatkan data seorang pasien berinisial Tn.S berusia 68 tahun, agama islam, status perkawinan menikah, pendidikan terakhir SMP, bahasa yang digunakan bahasa minang dan indonesia, pekerjaan wiraswasta dan beralamat di Payukumbuh. Pasien dengan rekam medis 0125xxxx masuk RSUP dr M Djamil padang tanggal 23 April 2025 dengan diagnosa Medis <i>Closed Fracture of right intertrichanter evan classification type reverse obliquity</i></p>	<p>Studi dokumentasi dan wawancara :</p> <p>Berdasarkan hasil anamnesa pada tanggal 29 April 2025 didapatkan data seorang pasien laki-laki berinisial Tn.A berusia 44 thn, agama islam, status perkawinan kawin, pendidikan S1, alamat lubuk begalung kota padang. Pasien dengan rekam medis 0125xx masuk RSUP dr M. Djamil padang tanggal 29 April 2025 dengan diagnosa <i>closed fracture</i></p>
Keluhan Utama	<p>Tn.S masuk ke RSUP Dr.M.DJamil Padang melalui IGD rujukan dari RS ahmad Darwia pada tanggal 16 April 2025 dengan keluhan nyeri kaki kanan bagian atas 8 jam sebelum masuk rumah sakit karena kecelakaan motor.</p>	<p>Tn. A masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 April 2025 pukul 10:00 WIB dengan keluhan nyeri pada kaki kanan bawah akibat terjatuh. Pasien rujukan dari Rumah Sakit Tentara Reksodiwiryo Padang</p>
Riwayat Kesehatan Sekarang	<p>Wawancara :</p> <p>Hasil yang didapatkan pada tanggal 23 April 2025 di ruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang, pasien menyeluh nyeri pada kaki sebelah kanan atas, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 4-6 (nyeri sedang), ekspresi wajah agak meringis, pasien mengatakan cemas akan dilakukan operasi. Pada saat dilakukan pengkajian</p>	<p>Wawancara :</p> <p>Hasil pengkajian yang didapat pada tanggal 29 April 2025 di ruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang, pasien menyeluh nyeri pada kaki sebelah kanan atas, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 4-6 (nyeri sedang), ekspresi wajah agak meringis, pasien mengatakan cemas akan dilakukan operasi. Pada saat</p>

	<p><i>post op</i> pada tanggal 24 april 2025 pukul 09.00 wib diruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang, pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan bagian atas, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri berat), ekspresi wajah agak meringis, pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi kesehatannya. Pasien <i>Post Op</i> pada tanggal 24 April 2025 jam 16.00 WIB selesai pada 25 April 2025 jam 02.00 WIB.</p>	<p>dilakukan pengkajian <i>post op</i> pada tanggal 28 april 2025 pukul 13.00 wib diruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang, pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan bagian atas, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri berat), ekspresi wajah agak meringis, pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi kesehatannya. Pasien <i>Post Op</i> pada tanggal 30 Mei 2025 jam 11.00 WIB selesai pada 1 April 2025 jam 21.00 WIB</p>
Riwayat Kesehatan Dahulu	<p>Tn.S menyatakan pernah dirawat di RSUP Dr.M.DJamil Padang sebelumnya, karena kecelakaan dan patah kaki kanan bagian bawah tibia, pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, DM dan penyakit jantung.</p>	<p>Tn. A mengatakan pernah dirawat di RSUP Dr.M.DJamil Padang sebelumnya, karena kecelakaan lalu lintas dan patah di paha kanan, pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus dll</p>
Riwayat Kesehatan Keluarga	<p>Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat HT, DM dan stroke.</p>	<p>Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat HT, DM dan stroke.</p>
Pola Kebutuhan Oksigenasi	<p>a. Sehat : Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas. b. Sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami sesak nafas.</p>	<p>a. Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas. b. Sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami sesak nafas.</p>
Pola Nutrisi Dan Metabolic	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari. Makanan yang dihabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik. Frekuensi minum 5-7x/hari (<math>\pm 1000-2000</math> cc/hari). b) Sakit Pasien mengatakan saat</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 dalam sehari.</p>

	dirawat di rumah sakit nafsu makan membaik.	c. Sakit Pasien mengatakan selama sakit tidak ada penurunan nafsu makan. Porsi makan saat sakit sebelum dirawat di rumah sakit porsi makanannya sama. Saat dirawat di Rumah Sakit pasien menghabiskan makanannya yang diberikan oleh petugas gizi, dan pasien minum air putih seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari.
Pola Eliminasi	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK <math>\pm</math> 3-4 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Tidak ada keluhan BAB</p> <p>b) Sakit Saat di rumah sakit pasien terpasang foley kateter dengan frekuensi BAK <math>\pm</math> 500 cc/8 jam, warna kuning, BAB.</p>	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK <math>\pm</math> 3-4 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Tidak ada keluhan BAB</p> <p>b) Sakit Saat di rumah sakit pasien terpasang foley kateter dengan frekuensi BAK <math>\pm</math> 500 cc/8 jam, warna kuning, BAB.</p>
Pola Istirahat Dan Tidur	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang <math>\pm</math> 1 jam dan di malam hari 6-8 jam.</p> <p>b) Sakit Saat di rumah sakit pasien mengatakan sulit tidur, tidur siang <math>\frac{1}{2}</math> - 1 jam, tidur malam <math>\pm</math> 3-4 jam, pasien mengeluh sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur, ada keluhan sulit tidur karena tidak nyaman dan sesak, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup.</p>	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>b) Sakit Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur pada malam hari, pasien mengatakan 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 Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>b) Sakit Saat dirumah sakit pasien mengeluh nyeri saat aktivitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.</p>	<p>a) Sehat Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain</p> <p>b) Sakit Pada saat sakit pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga dan perawat di ruangan untuk makan, minum pasien juga dibantu oleh keluarganya, serta untuk toileting dibantu oleh perawat ruangan dan keluarga karena pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kakinya dan terasa nyeri jika berubah posisi.</p>
Kebutuhan rasa aman dan nyaman	<p>a. Sehat Sebelum dirawat, pasien tidak ada mengalami keluhan nyeri</p> <p>b. Sakit keluhan nyeri pada kaki kanan atas akibat kecelakaan motor.</p>	<p>a. Sehat Sebelum dirawat, pasien tidak ada mengalami keluhan nyeri</p> <p>b. Sakit keluhan nyeri pada kaki kanan bawah akibat terjatuh dari pohon.</p>
Kebutuhan personal hygiene	<p>a. Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan personal hygiene.</p> <p>b. Sakit Saat dirawat di rumah sakit pasien dibantu keluarga dan perawat dalam melakukan personal hygiene.</p>	<p>a) Sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan personal hygiene.</p> <p>b) Sakit Saat dirawat di rumah sakit pasien dibantu keluarga dan perawat dalam melakukan personal hygiene.</p>
Pemeriksaan Fisik	Wawancara dan dokumentasi Keadaan umum pasien baik dengan kesadaran composmentis kooperatif. Berat badan 45 kg, Tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi : 98 x/i, Suhu: 36,9°C, Pernafasan : 22x/i, spo2 : 99%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data :	Wawancara dan dokumentasi Keadaan umum pasien baik dengan kesadaran composmentis kooperatif. Berat badan : 60 kg, tinggi badan : 165 cm, IMT : 29,41 m2. Tanda – tanda vital : Tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi : 106 x/i, Suhu: 36,8°C, Pernafasan : 22x/i,

	<p>a. Kepala Kulit kepala bersih, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada oedema</p> <p>b. Mata Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm</p> <p>c. Wajah Bentuk wajah simetris, terdapat luka lecet pada dahi, wajah terlihat pucat</p> <p>d. Telinga Bentuk simetris, tidak menggunakan alat pendengaran.</p> <p>b. Hidung Tidak ada pernapasan cuping hidung</p> <p>a. Leher Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid dan getah bening</p> <p>b. Thorak I : gerakan dinding dada simetris kiri dan kanan P : fremitus kiri dan kanan sama P : sonor kiri dan kanan A : terdengar bunyi vesikuler, rh+/+</p> <p>c. Jantung I : ictus cordis tidak terlihat P : ictus cordis teraba jelas di 1 jari lateral LMC RIC V P : batas kiri : ictus cordis di 1 jari lateral LMC RIC V A : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)</p> <p>d. Abdomen I : tidak ada distensi abdomen A : bising usus terdengar 25x/i P : terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas P : bunyi thympani</p>	<p>Pada pemeriksaan fisik didapatkan data :</p> <p>Kepala: Inspeksi : tidak ada pembengkakan pada area kepala pasien, tidak terdapat luka pada area kepala Palpasi : tidak teraba massa/ pembengkakan pada area kepala pasien, tidak ada nyeri tekan</p> <p>Mata : Konjungtiva anemis, penglihatan tidak kabur, reflek cahaya (+), pupil isokor 2mm/2mm</p> <p>Hidung Tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-).</p> <p>Telinga: I : simetris kiri kanan, terlihat tidak ada alat bantu dengar P : teraba tidak ada pembengkakan Wajah : I: wajah tampak lelah, terdapat rambut-rambut halus di wajah yaitu sekitar mulut, dagu dan rahang, tidak ada lesi di wajah P: tidak teraba adanya pembengkakan Mulut: Gigi terlihat kuning, dan gigi masih lengkap . Leher: I: tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid, serta tidak ada nyeri tekan pada area leher</p> <p>Dada Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi</p>
--	---	--

	<p>e. Ekstermitas Atas Tidak ada luka atau bengkak, terpasang IVFD Tutosol 20 tpm di tangan sebelah kiri, dapat bergerak, CRT &lt; 2 detik, akral hangat</p> <p>f. Ekstermitas Bawah : Mengalami keterbatasan pergerakan pada ekstremitas kanan atas karena fraktur femur, terpasang beban 4 kg, nyeri ketika digerakkan, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri saat digerakkan. Terdapat luka robek pada jempol hmitas kanan dan di balut perban, dapat digerakkan, tidak ada odema, CRT &lt; 2 detik.</p> <p>g. Genitalia Pasien terpasang kateter</p>	<p>Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama kuat Perkusi : sonor Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)</p> <p>Jantung I: Ictus cordis tidak terlihat P: Ictus cordis teraba 2 jari lateral LMCS RIC V P: Cardiomegaly A: S1 dan S2 normal, bunyi jantung normal dan tidak terdengar bunyi tambahan</p> <p>Abdomen I : tidak ada distensi abdomen A : bising usus terdengar 25x/i P : terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas P : bunyi thympani</p> <p>Genetalia: Alat kelamin berjenis kelamin perempuan, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.</p> <p>Ekstermitas : Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat luka <i>post op</i> orif pada paha kiri atas pasien. Palpasi : CRT 3 detik dan akral teraba hangat</p>
Hasil Pemeriksaan Penunjang	<p>Studi Dokumentasi</p> <p><b>Hasil Laboratorium</b> <b>Tanggal : 23 April 2025</b></p> <p>a. Eritrosit : <math>3.46 \times 10^6/\mu\text{L}</math> b. Hemoglobin : 10.1 g/dL c. Leukosit : 12.00, <math>10^3/\text{mm}^3</math> d. Hemaokrit : 31% e. Trombosit: <math>232 \times 10^3/\text{mm}^3</math> f. MCV : 88 fL g. MCH : 29 pg</p>	<p>Studi Dokumentasi</p> <p><b>Hasil Laboratorium</b> <b>Tanggal : 1 mei 2025</b></p> <p>1) Eritrosit : <math>3.37 \times 10^6/\mu\text{L}</math> 2) Hemoglobin : 10.3 g/dL 3) Leukosit : 12.55, <math>10^3/\text{mm}^3</math> 4) Hemaokrit : 30% 5) Trombosit: 291 <math>10^3/\text{mm}^3</math> 6) MCV : 89 fL</p>



	h. MCHC : 33% i. RDW-CV : 14.2% j. Natrium : 136 Mmol/L k. Kalium : 4,9 Mmol/L l. Klorida : 103 Mmol/L  <b>Catatan</b> Anemia-Leukositosis  <b>Pemeriksaan Rontgen</b> Kesan : fraktur 1/3 proksimal femur sinistra	7) MCH : 31 pg 8) MCHC : 34% 9) RDW-CV : 13.7% 10) Natrium: 138 Mmol/L 11) Kalium : 4 Mmol/L 12) Klorida : 109 Mmol/L 13) Gula darah sewaktu : 109 Mmol/l 14) SGOT : 31 U/L 15) SGPT : 21 U/L 16) Albumin : 3,8 g/dl  Catatan : Leukositosis  <b>Pemeriksaan Rontgen</b> Kesan : Fraktur tibia
Program Terapi Dokter	Studi Dokumentasi: a. IVFD Tutosul 8 jam / Kolf b. Inj. Ranitidine 2 x 50 mg c. Inj. Ketorolac 3x30 mg d. Klofenak 2x50 mg	Studi Dokumentasi : 1) IVFD Tutosul 8 jam / Kolf 2) Inj. Ranitidine 2 x 50 mg 3) Inj. Dentasimin 2 x 80 mg 4) Inj. Ketorolac 3x30 mg 5) Inj. Diklofenak 2 x 50 mg

## 2. Diagnosa Keperawatan

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

**Tabel 4.2**  
**Diagnosa Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II**

Partisipan I	Partisipan II
<p>Diagnosa dokumentasi keperawatan : A. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> peneliti dan wawancara :</p> <p>DS : P : Tn. S mengeluh nyeri pada paha kanan atas pada lokasi fraktur dan tindakan post op, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi. Q : Tn. S mengatakan nyeri yang dirasakan sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol. R : Tn. S mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka dipaha kanan atas. S : Tn. S Mengatakan skala nyeri 7. T : Tn. S mengatakan nyerinya hilang timbul. Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> peneliti dan wawancara :</p> <p>DO : Tn. S tampak meringis, tampak sedikit gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna cemas semakin nyeri (bersikap protektif) TD : 140/90 mmHg N : 97 <math>\times</math>/i P : 19 <math>\times</math>/i S : 37,4 C</p>	<p>Diagnosa dokumentasi keperawatan : A. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> peneliti dan wawancara :</p> <p>DS : P : Tn. A mengeluh nyeri pada kaki kanan bawah pada lokasi fraktur dan tindakan post op, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi dan digerakkan. Q : Tn. A mengatakan nyeri yang dirasakan sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol. R : Tn. A mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka dipaha kiri atas. S : Tn. A Mengatakan skala nyeri 7. T : Tn. A mengatakan nyeri terasa hilang timbul.</p> <p>DO: Tn. A tampak meringis, tampak sedikit gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna takut luka <i>post op</i> berperban tergesek kasur (bersikap protektif), Tn. A tampak cemas jika kakinya digerakkan TD : 140/88 mmHg N : 92 <math>\times</math>/i P : 22 <math>\times</math>/i S : 37.2 C</p>

<p>B. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> penelitian dan wawancara :</p> <p>DS : Tn. S mengatakan kepala terasa apusing, badan terasa lemas dan tak berdaya. Tn. S mengeluh nyeri pada ekstremitas bawah yaitu pada kaki kanan</p> <p>DO : Tn. S tampak pucat, akral teraba dingin, luka masih dibalut TD : 153/99 mmHg N : 110 x/i HB : 10,1 g/dl</p>	<p>B. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> penelitian dan wawancara :</p> <p>DS : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing, badan terasa lemas dan tak berdaya. Tn. A mengeluh nyeri pada ekstremitas bawah yaitu pada kaki kirinya.</p> <p>DO : Tn. A tampak pucat, akral teraba dingin, tampak edema pada area luka, luka tampak ditutupi perban TD : 130/80 mmHg N : 92 x/i HB : 10,2 g/dl</p>
<p>C. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan muskuloskeletal Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> peneliti dan wawancara :</p> <p>DS : Tn. S mengeluh nyeri pada paha kanan atasnya, pada kaki kirinya karena fraktur dan terdapat luka <i>post op</i>. Tn. S mengatakan cemas saat menggerakkan kaki krinya.</p> <p>DO : Tn. M tampak terbatas saat melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun, rentang gerak tampak menurun, fisik Tn. S tampak lemah TD : 153/99 mmHg ND : 110x/i RR : 23x/i</p>	<p>C. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan muskuloskeletal Diagnosa berdasarkan hasil <i>observasi</i> peneliti dan wawancara :</p> <p>DS : Tn. A mengeluh nyeri pada paha kiri atasnya saat digerakkan dan berubah posisi, Tn. A mengeluh sulit menggerakkan ekstremitasnya yaitu pada kaki kirinya karena fraktur dan terdapat luka <i>post op</i>. Tn. A mengatakan cemas saat menggerakkan kaki krinya.</p> <p>DO : Tn. A tampak terbatas saat melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun, rentang gerak tampak menurun, fisik Tn. A tampak lemah, Tn. A tampak sulit melakukan pergerakan karena factor berat badan juga.</p>

	TD : 130/80 mmHg ND : 92 x/i RR : 22x/i
--	---

### 3. Rencana Keperawatan

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

Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>1. Intervensi diagnosa Agen pencedera fisik b.d nyeri akut berdasarkan <b>SLKI</b> :</p> <p><b>Tingkat nyeri menurun , dengan kriteria hasil :</b> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun , Frekuensi nadi membaik ,Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat , Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat.</p> <p>- <b>SIKI : Manajemen Nyeri</b>          Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal , Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan Mobilisasi Dini (berikan analgesik sebelum melakukan mobilisasi selama 30 menit), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) , fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>2. Intervensi diagnosa Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin  <b>SLKI : Perfusi perifer meningkat</b> dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi</p>	<p>1. Intervensi diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik berdasarkan <b>SLKI : Tingkat Nyeri menurun</b>, Dengan hasil kriteria: Keluhan nyeri menurun , Meringis menurun, Frekuensi nadi membaik, Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat ..</p> <p><b>SIKI : Manajemen Nyeri</b>          Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal , Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan Mobilisasi Dini (berikan analgesik sebelum melakukan mobilisasi selama 30 menit), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) , fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>2. Intervensi diagnosa perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin  <b>SLKI : Perfusi perifer meningkat</b></p>

<p>perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, akral membaik, tugor kulit membaik.</p> <p><b>SIKI : Perawatan sirkulasi</b> : Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial), Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar Kolesterol tinggi), dan Pantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal. <b>SLKI: Mobilitas fisik meningkat</b> dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat.</p> <p><b>SIKI : Dukungan Mobilisasi</b> : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.</p>	<p>Kekuatan nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Akral membaik, Turgor kulit membaik</p> <p><b>SIKI: Perawatan sirkulasi</b> Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial), Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar Kolesterol tinggi), dan Pantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.</p> <p>3. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal. <b>SLKI : Mobilitas fisik meningkat</b> dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat.</p> <p><b>SIKI: Dukungan Mobilisasi</b> : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.</p>
---	--

#### 4. Implementasi dan Evaluasi 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 Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1		Partisipan 2	
Implementasi	Evaluasi	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik		Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik	
<b>Kamis/ 24-04-2025 15:20 WIB</b>  - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : Nyeri muncul saat bergerak dan reda saat minum obat, Q : Nyeri seperti tertusuk, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi fraktur, S : 7, T : nyeri hilang-timbul dan dapat berlangsung ). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<b>Jam WIB 16:00</b>  <b>S /</b> - P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak - Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi - S : klien mengatakan skala nyeri 7 - T : selalu terasa - Klien mengatakan nyeri hilang timbul <b>O /</b> - Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis, skala nyeri 6 - TD : 140/ 90 mmHg - N : 97 x/i	<b>Kamis / 1 Mei 2025 15:30 WIB</b>  - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 7, T : selalu terasa). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik	<b>Jam 16:00 WIB</b>  <b>S /</b> - P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak - Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi - S : klien mengatakan skala nyeri 7 - T : selalu terasa - Klien mengatakan nyeri hilang timbul  <b>O : Tn. A tampak sedikit lebih rileks, meringis, skala nyeri 7</b> <b>TD : 140/ 88 mmHg</b> <b>N : 92 x/i</b> <b>S : 37,2 C</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b>)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, Ampicillin Sulbactam 4x1,5 gr, gentasimin 2x 80 mg Memberikan terapi obat oral paracetamol 3x500 mg</li> <li>- (30menit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S : 37,4 C</li> <li>- R : 19 x/menit</li> <li><b>A/</b></li> <li>Tingkat nyeri belum teratasi</li> <li>masalah Nyeri akut cukup teratasi ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</li> <li><b>P/</b></li> <li>Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>	<p>nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> <li>- Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, Ampicillin Sulbactam 4x1,5 gr, gentasimin 2x 80 mg</li> <li>- Memberikan terapi obat oral paracetamol 3x500 mg</li> <li>- (30menit)</li> </ul>	<p>P : 22 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut cukup teratasi ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>
<p><b>Jumat/ 25-04-2025 09.20-12.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi,intensitas</li> </ul>	<p><b>Jam 09.20-15.00 WIB</b></p> <p><b>S/</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> </ul>	<p><b>Jum'am / 2 Mei 2025 09.30-15.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi,intensitas nyeri PQRST (P : kaki</li> </ul>	<p><b>Jam 09.30-15.00 WIB</b></p> <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> </ul>



<p>nyeri PQRST (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa seperti distusuk-tusuk, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi fraktur, S : 6, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidenfitikasi <i>respon</i> nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul> <p><b>O/</b> Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis, skala nyeri 5 TD : 126/ 89 mmHg N : 98 x/i R : 20x/menit T : 36,8 C</p> <p><b>A/ : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup</b></p>	<p>kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa seperti distusuk-tusuk, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 6, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidenfitikasi <i>respon</i> nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri)</b></li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 7</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul> <p><b>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi faktur digerakkan, skala nyeri 6</b> TD : 132/ 86 mmHg N : 87 x/i</p> <p><b>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup</b></p>
--	---	---	--

<p><b>tidur, berdiri)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> <li>- Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul> <p>(30menit)</p>	<p>membalik )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</li> </ul>	<p>yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> <li>- Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul> <p>(30menit)</p>	<p>membalik )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>
<p><b>Sabtu/ 26-04-2025 09.20-12.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti tertekan/tergesek, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi fraktur, S : 5, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</li> <li>- Mengidentifikasi respon</li> </ul>	<p><b>Jam 09.20-15.00 WIB</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul>	<p><b>Sabtu / 3 Mei 2025 09.30-15.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti tertekan atau tergesek, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 5, T : selalu terasa).</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan</li> </ul>	<p><b>Jam 09.30-15.00 WIB</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul>

<p>nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b>)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul>	<p>O : Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi, skala nyeri 4 TD : 130/ 84 mmHg N : 98 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>- P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>	<p>gelisah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b>)- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> <li>- Pemberian analgetik Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul>	<p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi faktor digerakkan, skala nyeri 5 TD : 127/ 85 mmHg N : 89 x/i R : 19 x/i S : 36,6 C</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>- P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
--	---	---	---

(30menit)		(30menit)	
<b>Minggu/ 27-04-2025 09.20-12.00 WIB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti keram, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 4, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</li> <li>- Mengidentifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN</b>)</li> </ul>	<b>Jam 09.20-15.00 WIB</b> <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 4</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O : Tn. S tampak tidak gelisah sudah menurun tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi, skala nyeri 3</p> <p>TD : 128/ 81 mmHg N : 95 x/i</p>	<b>Minggu / 4 mei 2025 09.30-15.00 WIB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti keram, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 4, T : selalu terasa).</li> <li>- Mengidentifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<b>EBN</b>)</li> </ul> <p><b>Mobilisasi dini dengan melakukan miring</b></p>	<b>Jam 09.30-15.00 WIB</b> <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>- T : selalu terasa</li> <li>- Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi fraktur digerakkan, skala nyeri 4</p> <p>TD : 128/ 77 mmHg N : 88 x/i</p>

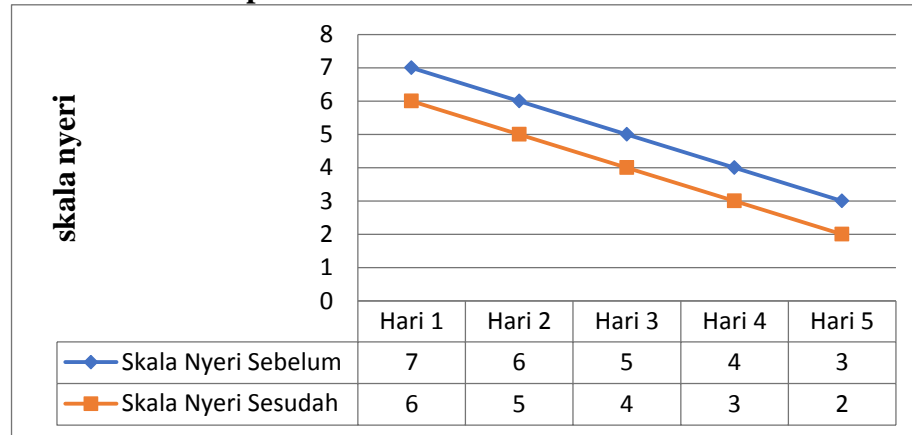
<p><b>Mobilisasi dini dengan melakukan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul> <p>(30menit)</p>	<p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>	<p><b>kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg, gentasimin 2x 80 mg</li> </ul> <p>(30menit)</p>	<p>R : 19 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
<p><b>Senin/ 28-04-2025 09.20-12.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi,intensitas nyeri PQRST (P : paha kanan atas terasa nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa seperti perih, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 3, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah</li> </ul>	<p><b>Jam 09.20-15.00 WIB</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan</li> </ul>	<p><b>Senin / 28 April 2025 09.30-15.00 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi,intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa seperti perih, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 3, T : selalu terasa).</li> </ul>	<p><b>Jam 09.30-15.00 WIB</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Klien cemas dan nyeri saat bergerak</li> <li>- Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian luka setelah operasi</li> <li>- S : klien mengatakan</li> </ul>

posisi). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah) - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri ( <b>EBN Mobilisasi dini dengan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b> )- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg,	skala nyeri 3 - T : selalu terasa - Klien mengatakan nyeri hilang timbul  O : Tn. S tampak tidak gelisah sudah menurun tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi sudah menurun, skala nyeri 2 TD : 128/ 80 mmHg N : 89x/i R: 20 x/i S : 36 C  A : masalah Nyeri akut teratasi ( keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik )  - P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan	- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri ( <b>EBN Mobilisasi dini dengan miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berdiri</b> ) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan ( <b>EBN mobilisasi dini</b> ) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik Memberikan terapi obat Perenteral ketorolac 3x30 mg, ranitidine 2x50 mg,	skala nyeri 4 - T : selalu terasa - Klien mengatakan nyeri hilang timbul  O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi faktor digerakkan, skala nyeri 3 TD : 124/ 84 mmHg N : 82 x/i R : 19 x/i S :36, 6 C  A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi cukup membaik )  - P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan
--	--	---	--

gentasimin 2x 80 mg (30menit)		gentasimin 2x 80 mg (30menit)	
----------------------------------	--	----------------------------------	--

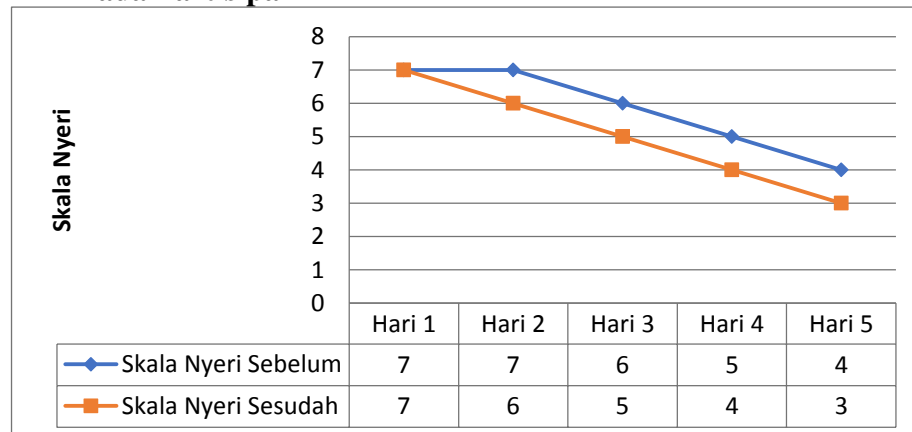
## 5. Penerapan Intervensi Mobilisasi Dini

**Grafik 4.1 Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah dillakukan Mobilisasi Dini Pada Partisipan 1**



Berdasarkan grafik 4.1 didapatkan hasil skala nyeri sebelum dilakukannya mobilisasi dini yaitu 7 dan setelah dilakukannya mobilisasi dini 2X /4 Jam skala nyeri menjadi 6, skala nyeri menurun secara signifikan setiap harinya setelah dilakukan mobilisasi 1X sehari, dan pada hari ke 5 skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini 3 dan setelah dilakukan mobilisasi dini menjadi 2.

**Grafik 4.2 Skala Nyeri Sebelum dan Sesudah dillakukan Mobilisasi Dini Pada Partisipan 2**



Berdasarkan grafik 4.2 didapatkan hasil skala nyeri sebelum dilakukannya mobilisasi dini yaitu 7 dan setelah dilakukannya mobilisasi dini 2X /4 Jam skala nyeri tetap 7, pada hari kedua sebelum dilakukannya mobilisasi dini skala nyeri 7 dan setelah dilakukannya mobilisasi dini skala nyeri menjadi 6, skala nyeri menurun secara signifikan setiap harinya setelah dilakukan mobilisasi 1X sehari, dan pada hari ke 5 skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini 4 dan setelah dilakukan mobilisasi dini menjadi 3.



## B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kasus Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center Rsup Dr. M. Djamil Padang*, pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan dilakukan Penerapan mobilisasi dini terhadap nyeri pada pasien *post operasi Di Ruangan trauma center Rsup Dr. M. Djamil Padang*, yang dilakukan sejak tanggal 21 April sampai 10 Mei 2025. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian keperawatan pada pasien *post operasi fraktur dilakukan penerapan intervensi mobilisasi dini*.

Pengkajian yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. A dengan penerapan mobilisasi dini dengan keluhan nyeri *post operasi* ditemukan data mayor dan data minor yang sama dengan masalah nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat. Kasus Tn. S mengalami nyeri 3 jam setelah sadar dari *post op*, ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada paha kanan atas, nyeri bertambah jika bergerak dan merubah posisi, nyeri terasa tertusuk-tusuk dan nyeri terasa hilang timbul, skala nyeri 7, dan ditemukan data objektif bahwa pasien tampak meringis dan gelisah, bersikap protektif dan takut merubah posisi karena nyeri. Pada kasus Tn. A mengalami nyeri 3 jam setelah sadar dari *post op*, ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada paha kanan atas pada lokasi fraktur dan tindakan *post op*, nyeri bertambah saat merubah posisi, nyeri terasa tertusuk-tusuk, nyeri terasa di semua bagian terutama paha dan skala nyeri 7, nyeri hilang timbul, dan ditemukan data objektif yaitu pasien tampak meringis, gelisah dan takut merubah posisi karena nyeri.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Lenggogeni (2023) menyatakan nyeri pasca operasi merupakan salah satu masalah yang paling sering

terjadi pada pasien *post* operasi. Biasanya pasien *post* op mengeluh nyeri, badan terasa lemas dan tidak banyak bergerak, biasanya nyeri terasa tertusuk-tusuk dan diiris-iris, nyeri bertambah ketika bergerak, skala nyeri biasanya mulai meningkat karena efek antibiotik dan bius yang menghilang dan terasa hilang timbul. Mobilisasi dini merupakan salah satu tindakan yang dilakukan untuk menggerakkan pasien sesegera mungkin setelah mengalami pembedahan, trauma, atau kondisi medis tertentu, dengan tujuan mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Salah satu faktor penting yang memengaruhi keberhasilan mobilisasi dini adalah nyeri. Nyeri yang tidak dikelola dengan baik akan menghambat keinginan dan kemampuan pasien untuk bergerak.

Berdasarkan analisa peneliti perawat terhadap pasien *post* operasi fraktur (pasien setelah menjalani pembedahan untuk patah tulang) mencakup pengkajian menyeluruh dari kondisi fisik, psikologis, kebutuhan keperawatan pasien, dan perlu mengkaji lebih mendalam PQRST pasien *post* operasi fraktur, upaya perawat dalam melakukan perawatan pada pasien *post* operasi fraktur sangat penting untuk mendukung pemulihan optimal dan mencegah komplikasi yang terjadi. Pasien dengan tanda mayor dan minor dengan mengeluh nyeri, meringis, bersikap protektif, gelisah, tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah dan tampak berfokus pada diri sendiri.

## **2. Diagnosa keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur dilakukan penerapan intervensi mobilisasi dini.**

Berdasarkan data yang ditemukan dalam pengkajian terhadap Tn. S dan Tn. A dapat ditegakkan diagnosa keperawatan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post* operasi) dimana pasien merasakan 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.

Diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus Tn. S dan Tn. A sesuai dengan teori serta tanda-tanda mayor dan minor nyeri akut yang terdapat pasien mengeluh nyeri, bersikap protektif, meringis, gelisah, berfokus pada diri sendiri.

Berdasarkan teori Anita Setyowati (2023) menyatakan *post operasi* merupakan sebuah tindakan yang dilakukan secara invasif dengan tujuan membuka atau memperbaiki bagian tubuh dan dapat mengubah fisiologi pada tubuh dan organ lainnya. Hampir 75% pasien *post operasi* mengalami keluhan nyeri akut akibat pengaruh obat anestesi yang hilang. Perbedaan skala nyeri pada pasien berbeda-beda mulai dari nyeri yang sangat hebat, nyeri sedang hingga nyeri ringan, ini tergantung bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri sebelumnya. Nyeri *post operasi* merupakan nyeri akut yang berlangsung secara singkat yang disebabkan oleh luka sayatan bekas dari pembedahan sehingga tubuh menghasilkan mediator – mediator klinis nyeri. *Respon* dari tubuh terhadap rasa nyeri *post operasi* tidak hanya menurunkan metabolisme jaringan ditubuh. Nyeri timbul karena adanya rangsangan berupa trauma atau stimulasi kimia, termal, dan mekanis yang berpotensi menimbulkan kerusakan. Rangsangan kemudian melewati beberapa tahapan di antaranya transduksi, konduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Afifah & , Dr Luluk Lusiaty Cahyarini, 2024).

Penelitian ini sejalan dengan (Maharani, 2024) Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang HCU Cempaka RSUD Moewardi Surakarta pada tanggal 29 Januari 2024 terdapat pasien HCU Cempaka sejumlah 8 orang pasien *post operasi* dengan mengkaji PQRST pasien, 1 diantaranya *post operasi* fraktur, 4 lainnya *post operasi* laparatomi dan 2 pasien *post operasi* thyroidektomi, 1 *post operasi* carbiotomy. pengukuran skala nyeri menggunakan (NRS) *Numeric Rating Scale* dari hasil wawancara peneliti dalam mengukur nyeri menggunakan NRS terdapat pasien *post op* Fraktur didapatkan interval 7-8 (nyeri berat) pada pasien laparatomi

didapatkan interval 4-6 (nyeri sedang) dan pada pasien *post* operasi carniotomy didapatkan hasil NRS interval 7-9 (nyeri berat) pasien *post* operasi mengalami kekakuan sendi yang kurang baik bahkan ada yang lemah pergerakan ekstremitasnya.

Berdasarkan analisa peneliti pada pasien *post* operasi fraktur, perawat lebih mendalam mengkaji PQRST pasien setelah prosedur operasi selesai pada penutupan dan penjahitan luka, pasien akan merasakan nyeri apabila efek anestesi yang hilang. Pasien akan mengalami nyeri sedang 4-6 hingga nyeri berat 7-8. Rasa sakit paska operasi ini seringkali menetap setelah prosedur operasi selesai yang mengakibatkan pasien merasa tidak nyaman dalam bergerak atau beraktivitas yang mengakibatkan pembekuan darah, penyumbatan aliran darah yang membuat nyeri tidak berkurang dan lamanya hari rawatan. Maka diangkat diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut sesuai dengan tanda mayor dan minor pasien *post* operasi fraktur.

### **3. Perencanaan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur dilakukan penerapan intervensi mobilisasi dini.**

Intervensi diberikan dengan tujuan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien. Pada pasien dengan nyeri *post* operasi , manajemen nyeri diberikan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. nyeri sendiri dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Setelah manajemen nyeri diberikan, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan sikap protektif menurun (SLKI, 2018).

Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen nyeri. Intervensi yang diberikan pada kedua pasien untuk menurunkan tingkat nyeri yaitu dengan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

dengan melakukan penerapan mobilisasi dini terhadap nyeri. Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah serta optimalnya fungsi pernafasan. Banyak keuntungan yang dapat diraih dari latihan naik turun tempat tidur dan berjalan pada periode dini pasca bedah, diantaranya peningkatan kecepatan kedalaman pernapasan, peningkatan sirkulasi, peningkatan berkemih dan metabolisme. Mobilisasi akan mencegah kekakuan otot dan sendi hingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Pembedahan mengakibatkan timbulnya luka dan nyeri pada bagian tubuh pasien. Rasa nyeri setelah pembedahan biasanya berlangsung 24 sampai 48 jam, namun dapat berlangsung lebih lama tergantung pada luas luka, penahan nyeri yang dimiliki pasien dan respon terhadap nyeri. Nyeri dapat memperpanjang masa penyembuhan, karena mengganggu kembalian aktifitas/mobilisasi pasien dan hal ini yang menjadi salah satu alasan pasien untuk tidak mau bergerak atau melakukan mobilisasi segera. Proses pemulihan pasien *post* pembedahan di ruang bangsal diawali dengan mobilisasi. Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi mulamula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi. Pasien pasca operasi sering menunda untuk bergerak (mobilisasi) salah satunya karena nyeri dan takut jahitan lepas / takut luka terbuka kembali. Padahal hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin (Asnaniar et al., 2023).

Penatalaksanaan nyeri pasca operasi yang tidak tepat dapat dan akurat akan meningkatkan risiko komplikasi, sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan. Untuk penatalaksanaan dapat dikombinasikan dengan menggunakan terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologi dapat diatasi dengan 2 menggunakan obatobatan seperti analgesik. Analgesik dapat berupa analgesik golongan narkotika seperti Morphin sulfat, Codein sulfat, dan Methadone. Analgesik bukan golongan narkotika seperti Aspirin, Asetaminofen, dan Nonsteroid anti inflamantory drug (NSAID). Terapi non farmakologi digunakan sebagai pendamping terapi farmakologi untuk merurunkan intensitas nyeri dengan cara relaksasi, distraksi, aromaterapi dan lain-lain. Terapi non farmakologi yang dapat dilakukan oleh perawat dapat memberikan efek samping yang minimal pada pasien sehingga pasien mampu secara mandiri melakukan aktifitasnya dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasarnya. Terapi non farmakologis merupakan terapi pelengkap untuk meredakan nyeri dan bukan terapi pengganti farmakologi. Terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan dan diajarkan kepada pasien salah satunya mobilisasi dini. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsurangsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri. Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi. Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan melakukan ambulasi dini secara bertahap dari 6-10 jam pertama. Dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif, mengangkat lengan dan tangan, memutar dan menekuk pergelangan kaki, menggerakkan tungkai, dan menggerakkan kaki) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Hexendr & Wulandari, 2023).

#### **4. Implementasi keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur dilakukan penerapan intervensi mobilisasi dini.**

Implementasi keperawatan merupakan penerapan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah di rancang sebelumnya untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada masalah nyeri yang dialami pasien *post* op fraktur, implementasi yang telah dilakukan selama 5 hari kepada Tn. S dilakukan pada tanggal 24-28 April 2025 sedangkan kepada Tn. A pada tanggal 1-5 Mei 2025. Implementasi hari ke 1 yang dilakukan perawat yaitu mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST, mengidentifikasi *respon* nyeri non verbal mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memberikan edukasi dan penerapan mobilisasi dini terhadap nyeri pada pasien *post* operasi fraktur sesuai SOP mobilisasi dini. setelah 6 jam *post* op fraktur dilakukan gerakan dorsalfleksi, plantarfleksi, ekstensi, fleksi lutut, menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur dan memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran menggunakan ibu jari (selama 2-4 jam). Setelah 6-10 jam diharapkan dapat memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap dua jam.

Implementasi hari ke-2 mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST, mengidentifikasi *respon* nyeri non verbal mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memberikan penerapan mobilisasi dini setelah 24 jam *post* operasi fraktur dengan menganjurkan belajar duduk. Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak, memulai latihan turun dari tempat tidur, berdiri dengan tumpuan kaki yang sehat, dan berjalan

Penelitian ini sejalan dengan (Maharani, 2024) dengan melakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pasca Operasi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Penerapan mobilisasi dini yang dilakukan antara lain pada 6 jam pertama pasca operasi, pasien masih

dalam kondisi tirah baring diajarkan latihan mengalihkan nyeri atau distraksi dengan tarik nafas dalam, menggerakkan kaki dan tangan di atas tempat tidur. Kemudian pada 6-10 jam selanjutnya, pasien diajarkan melakukan latihan miring kanan dan kiri. Selanjutnya, pada 24 jam pasca operasi pasien diajarkan untuk latihan duduk di atas tempat tidur dan setelah 48 jam pasca operasi pasien diajarkan untuk turun dari tempat tidur untuk latihan berjalan.

##### **5. Evaluasi keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur dilakukan penerapan intervensi mobilisasi dini.**

Pada hari ke-1 Tn. S didapatkan hasil setelah implementasi yaitu pasien mengatakan nyeri *post* operasi fraktur kaki kanan atas dengan skala nyeri 7, klien tampak meringis dan takut untuk menggerakkan kaki *post* operasi, TD : 140/ 80 mmHg, N : 97 x/i, S : 37,4 C, P : 19 x/i sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah yaitu nyeri akut belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Sedangkan pada Tn. A mengatakan nyeri *post* operasi fraktur kaki kanan bawah dengan skala nyeri 7, klien tampak meringis dan takut untuk menggerakkan kaki *post* operasi TD : 140/ 80 mmHg, N : 80 x/i, P : 22 x/i, S : 36.8 C, sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah yaitu nyeri akut.

Pada karya tulis akhir ini penulis juga melakukan evaluasi tindakan untuk partisipan 1 dari tanggal 24 April 2025 sampai 28 April 2025 dan untuk partisipan 2 tanggal 1 Mei 2025 sampai 5 Mei 2025. Hasil evaluasi setelah dilakukan mobilisasi dini pada kedua pasien selama 5 hari, partisipan 1 mengalami nyeri dan cemas melakukan mobilisasi pada kaki *post* operasi dari skala 7 di hari rawatan ke 5 hari *post* op menjadi skala 2, sedangkan , partisipan 2 juga mengalami hal yang sama yaitu nyeri dan cemas melakukan mobilisasi pada kaki *post* operasi dari skala 7 di hari rawatan ke 5 hari menjadi skala 3. Pada kedua partisipan sebelum diberikan terapi mobilisasi dini sama-sama mengalami nyeri dan takut melakukan mobilisasi dengan skala nyeri 7, dan setelah di lakukan terapi



mobilisasi dini kedua partisipan tampak lebih rileks dan nyeri berkurang dengan intensitas nyeri 2 pada Tn. S dan intensitas nyeri 3 pada Tn. A. Dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi mobilisasi dini dapat mengurangi nyeri *post* operasi fraktur.

Menurut teori Smeltzer Bare, Hinkle & Cheever (2010) bahwa nyeri berkurang bila ambulasi dini diperbolehkan, pasien *post* operasi yang melakukan ambulasi dini akan mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Mekanisme kerja ambulasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan *respon* nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat (Potter & Perry, 2010). Mobilisasi Dini dengan Pengurangan Skala Nyeri Pasien *Post* Operasi Fraktur Femur Berdasarkan hasil penelitian terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post* operasi fraktur femur RSUD Sunan Kalijaga Demak berarti ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini pada penurunan intensitas nyeri pasien)

Sejalan dengan penelitian (Hexendr, 2023) menunjukkan bahwa ada penurunan intensitas nyeri pada pasien *post* operasi dengan dilakukan penerapan mobilisasi dini dengan hasil implementasi pada kedua *responden* diagnosa keperawatan nyeri akut pada hari ke 1 sampai ke 3 setelah dilakukan operasi pada pasien fraktur terdapat hasil penurunan intensitas nyeri pada partisipan 1 dengan intensitas nyeri 7 menjadi 2 dan partisipan 2 dengan intensitas nyeri 8 menjadi 2. Penurunan intensitas nyeri pada kedua *responden* didapatkan hasil penurunan dengan tingkat yang berbeda sesuai kondisi pasien. . Hal ini berkaitan dengan manfaat mobilisasi dini *post* operasi seperti melancarkan peredaran darah sehingga menekan pelepasan mediator inflamasi dan mengurangi sensitisasi serabut saraf nosiseptor.

Berdasarkan analisa peneliti penerapan mobilisasi dini pada pasien *post* operasi fraktur yang diberikan kepada kedua pasien dapat menunjukkan penurunan intensitas nyeri *post* operasi dengan skala yang berbeda sesuai kondisi pasien, sehingga intervensi ini dapat dijadikan sebuah pilihan sebagai tindakan nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan penerapan mobilisasi dini terhadap nyeri pada pasien *post* operasi fraktur. Mobilisasi dini dapat dilakukan secara mandiri dan tidak memerlukan peralatan khusus namun terbukti dalam menurunkan skala nyeri pasien *post* operasi dan mencegah berbagai komplikasi. Upaya perawat dalam menurunkan skala nyeri pasien dengan intervensi mobilisasi dini memerlukan pengkajian PQRSST yang mendalam pada pasien *post* operasi fraktur.

**6. Penerapan intervensi mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien *post* operasi fraktur sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan.**

Berdasarkan grafik 4.1 dan 4.2, dapat dilihat bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada pasien *post* operasi fraktur setelah dilakukan intervensi mobilisasi dini. Pada grafik 4.1, skala nyeri awal sebelum mobilisasi dini adalah 7, dan setelah mobilisasi dua kali dalam 4 jam, skala nyeri menurun menjadi 6. Penurunan ini terus berlanjut secara signifikan setiap harinya meskipun intervensi mobilisasi dilakukan hanya satu kali sehari, hingga pada hari ke-5 skala nyeri sebelum mobilisasi adalah 3 dan setelah mobilisasi menjadi 2. Sementara itu, pada grafik 4.2, tren yang serupa terjadi, meskipun *respons* awal terhadap mobilisasi dini tidak langsung menunjukkan penurunan (hari pertama tetap pada skala nyeri 7). Namun mulai hari kedua dan seterusnya, terjadi penurunan yang stabil, hingga pada hari ke-5 skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3.

Salah satu penelitian oleh Kehlet & Wilmore (2008) menyebutkan bahwa mobilisasi dini pada pasien pasca operasi dapat mengurangi komplikasi

dan mempercepat pemulihan, termasuk penurunan nyeri karena berkurangnya rigiditas sendi dan peningkatan sirkulasi. Penelitian lain oleh Deitrick et al. (2021) menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan intervensi mobilisasi dini menunjukkan penurunan nyeri yang signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak dimobilisasi secara aktif. Studi serupa oleh Gustafsson et al. (2017) dalam konteks pasien ortopedi juga menyatakan bahwa mobilisasi dini membantu menghambat pelepasan mediator inflamasi yang memperkuat persepsi nyeri.

Hasil ini menunjukkan bahwa mobilisasi dini berkontribusi positif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post* operasi fraktur, terutama ketika dilakukan secara konsisten dan berkelanjutan. Penurunan skala nyeri ini sejalan dengan temuan dari beberapa penelitian terdahulu. Penurunan nyeri yang ditunjukkan pada grafik dalam penelitian ini dapat dijelaskan secara fisiologis oleh mekanisme mobilisasi yang merangsang aliran darah dan limfatik, mengurangi edema lokal, serta memodulasi sistem saraf pusat terhadap persepsi nyeri (*gate control theory*).

Perbedaan *respons* terhadap mobilisasi dini antara partisipan 1 dan partisipan 2 dapat dijelaskan berdasarkan lokasi fraktur yang berbeda. Partisipan 1 mengalami fraktur femur, sedangkan partisipan 2 mengalami fraktur tibia. Hal ini diduga berkontribusi terhadap perbedaan tingkat nyeri dan keterbatasan mobilitas yang dialami oleh masing-masing partisipan.

Secara anatomi dan biomekanik, fraktur tibia cenderung lebih menyulitkan dalam mobilisasi dini dibandingkan fraktur femur, terutama pada fase awal pasca operasi. Tibia merupakan tulang utama penopang beban tubuh di tungkai bawah, dan memiliki jaringan subkutan yang lebih tipis dibandingkan femur. Hal ini membuat nyeri lebih terasa dan rentan terhadap gangguan sirkulasi atau tekanan lokal. Selain itu, pergerakan kaki bawah pada kasus fraktur tibia lebih langsung

berinteraksi dengan permukaan tempat tidur dan lantai saat mobilisasi, sehingga lebih mudah menimbulkan nyeri dibandingkan dengan fraktur femur yang posisinya lebih proksimal.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Bong et al. (2007) yang menyatakan bahwa pasien dengan fraktur tibia mengalami nyeri lebih lama dan lebih intens dibanding pasien dengan fraktur femur, terutama dalam 3–5 hari pertama pasca operasi. Penelitian oleh Swiontkowski et al. (2012) juga menemukan bahwa waktu pemulihan fungsional dan toleransi terhadap mobilisasi awal lebih baik pada fraktur femur, terutama ketika fiksasi internal digunakan secara stabil.

Dalam penelitian ini, partisipan 2 menunjukkan *respons* yang lebih lambat terhadap penurunan nyeri dan mengalami kesulitan lebih besar dalam melakukan mobilisasi dini, terutama pada hari-hari pertama. Skala nyeri tetap tinggi pada hari pertama meskipun intervensi mobilisasi dilakukan dua kali. Hal ini mendukung asumsi bahwa lokasi fraktur memainkan peran penting dalam menentukan efektivitas dan toleransi pasien terhadap mobilisasi dini

#### a. Implikasi

EBN adalah pendekatan keperawatan berbasis bukti ilmiah terbaik yang tersedia, dikombinasikan dengan pengalaman klinis dan preferensi pasien (Beeckman et al., 2024). Dalam konteks nyeri akut, EBN mendukung penggunaan mobilisasi dini karena efektivitasnya telah terbukti melalui berbagai penelitian.

Mobilisasi dini adalah aktifitas yang dilakukan *post* pembedahan, dimulai dari latihan ringan di tempat tidur seperti latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan gerakan tungkai, sampai pasien turun dari tempat tidur dan berjalan, baik berjalan ke kamar mandi maupun berjalan ke luar. Setelah 24-48 jam pertama pasca bedah, pasien dianjurkan untuk segera meninggalkan tempat tidur atau melakukan mobilisasi dini.

Mobilisasi dini memainkan peran penting dalam manajemen nyeri dengan mengalihkan fokus pasien dari lokasi pembedahan atau area nyeri, menurunkan aktivasi mediator kimia dalam proses inflamasi yang meningkatkan *respon* nyeri dan meminimalkan transmisi nyeri dari saraf tepi ke saraf pusat. Jika mobilisasi dini tidak dilakukan dapat menyebabkan peningkatan intensitas nyeri, hambatan aliran darah, dan gangguan fungsi tubuh.

Mobilisasi dini berdampak positif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca operasi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Mobilisasi dini sangat efektif digunakan untuk mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi. Oleh karena itu, perawat diharapkan pada pasien nyeri pasca operasi dan diharapkan dapat mendalami teknik mobilisasi dini untuk mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi (Maharani, 2024).

b. Keterbatasan

Keterbatasan penelitian ini ialah:

- 1) Keterbatasan karakteristik sampel karena k pasien
- 2) Durasi penelitian yang terbatas karena penyembuhan luka *post* operasi memerlukan waktu yang lama sembuh sepenuhnya

c. Rencana tindak lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan mobilisasi dini pada pasien *post* operasi fraktur apabila pasien sudah berada di rumah agar keluhan cepat teratasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur Di Ruangan Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada Penerapan Mobilisasi Dini pada pasien dengan fraktur di ruang rawat inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan pada kasus Tn. S ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada tungkai kaki kanan setelah mengalami kecelakaan dan ditemukan data objektif bahwa terdapat fraktur pada kaki kanan, kemerahan, akral hangat dan klien tampak kesakitan pada bagian yang patah sedangkan pada kasus Tn. A ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri dan kebas di kaki kanan bawah setelah terjatuh dan ditemukan data objektif yaitu terdapat fraktur dibagian kaki kanan bawah, akral hangat, tampak kesakitan dibagian kaki kanan bawah.
2. Berdasarkan data yang ditemukan dalam pengkajian terhadap Tn. S dan Tn. A dapat ditegakkan diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Rencana intervensi keperawatan pada Penerapan Mobilisasi Dini pada pasien dengan fraktur di ruang rawat inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang, berdasarkan Persatuan Perawat Indonesia, (2018) yang dilakukan pada penelitian ini yaitu I.08238 **yaitu** manajemen nyeri dengan fokus penerapan mobilisasi dini. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dengan harapan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik
4. Implementasi keperawatan dengan fokus masalah nyeri akut dilakukan dengan penerapan mobilisasi dini yang dilakukan dengan mengajarkan

mobilisasi sesuai dengan SOP. Observasi yang dilakukan perawat yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Terapeutik memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri ( **EBN MOBILISASI DINI**). mengedukasi menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik

5. Evaluasi keperawatan pada Penerapan Mobilisasi Dini pada pasien dengan fraktur di ruang rawat inap *Trauma Center* RSUP Dr. M. Djamil Padang sesuai kondisi pasien dan pengkajian PQRST yang dilakukan, Tn. S dan Tn. A memberikan hasil yang cukup memuaskan. Tn. S mengalami penurunan rasa nyeri dan sudah tidak takut untuk mobilisasi sedangkan perubahan pada Tn. A juga mengalami penurunan rasa nyeri dan sudah tidak takut untuk mobilisasi.

## B. Saran

1. Bagi instansi pendidikan

Poltekkes Kemenkes Padang dapat menjadikan karya tulis ilmiah ini menjadi salah satu referensi untuk menambah pengetahuan dalam Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Fraktur* Di Ruangan *Trauma Center* Rsup Dr. M. Djamil Padang 2025.

2. Bagi RSUP Dr. Djamil Padang

Penerapan mobilisasi dini dapat dijadikan upaya perawat dalam menangani masalah nyeri *post* operasi fraktur untuk mengatasi nyeri pada pasien *post* operasi fraktur

3. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya melakukan pengembangan penelitian sejenis dengan lebih menggali beberapa faktor yang mempengaruhi kondisi fraktur dan dapat menggabungkan dengan terapi lain yang dapat membantu mengatasi masalah nyeri akut

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, V. A., & , Dr Luluk Lusiaty Cahyarini, D. J. (2024). Pengaruh Teknik Distraksi 5 Jari Terhadap Tingkat Nyeri Pasien *Post Operasi* Di Bangsal. *Jurnal Cakrawala Keperawatan*, 01(02), 146–156.
- Anita Setyowati, D. I. (2023). *Kombinasi Nature Sound Dan Foot Massage Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien*. Pt.Penerbit Qriset Indonesia.
- Anitescu, M., Benzon, H. T., & Wallace, M. S. (2017). *Challenging Cases And Complication Management In Pain Medicine (1st Ed.)*. Springer International Publishing.
- Asnaniar, W. O. S., Takdir, T., Wisdamayanti, A., Siokal, B., & Samsualam, S. (2023). Mobilisasi Dini Pada Pasien *Post Operasi* Di Ruang Bedah Rsud Kota Makassar. *Prosiding Seminar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat: Peduli Masyarakat*, 3(2), 75–82. <https://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Psnpk/Article/View/2447>
- Bagus Sumargo. (2020). *Teknik Sampling*. Unj Press.
- Beeckman, D., Cooper, M., Greenstein, E., Idensohn, P., Klein, R. J., Kolbig, N., Leblanc, K., Milne, C., Treadwell, T., Weir, D., & White, W. (2024). The Role Community-Based Healthcare Providers Play In Managing Hard-To-Heal Wounds. *International Wound Journal*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/Iwj.14402>
- Chrisna, S. D., Suryani, & Rahmawati. (2020). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Ruang Kenanga Rsud Sunan Kalijaga Demak*. 5(1), 15–23.
- Des Metasari, D. T. R. (2023). *Mobilisasi Dini Dalam Penanganan Nyeri Dan Luka Pasca Operasi Sectio Caesarea*.
- Eddy Roflin, Iche Andriani, P. (2021). *Populasi, Sampel, Variabel Dalam Penelitian Kedokteran*. Penerbit Nem.



- Firdaus, F. Z. (2018). *Aplikasi Metodologi Penelitian* (Herlambang Rahmadhani (Ed.)). Cv Budi Utama.
- Hexendr, N. A. (2023). Ijoh: Indonesian Journal Of Public Health. *Ijoh: Indonesian Journal Of Public Health*, 01(02), 1–6.
- Hexendr, N. A., & Wulandari, I. (2023). Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien *Post Operasi* Di Ruang Hcu Cempaka Rsud Dr. Moewardi Surakarta. *Ijoh: Indonesian Journal Of Public Health*, 01(02), 1–6.
- Kurniawan, S. N. (2015). *Nyeri Secara Umum Dalam Continuing Neurological Education 4, Vertigo Dan Nyeri*. Ub Press, Universitas Brawijaya.
- Lenggogeni, D. P. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolorektal*. Cv.Mitra Edukasi Negri.
- Maharani, J. (2024). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pasca Operasi Di Rsd K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 4(2), 01–12. <https://doi.org/10.55606/Jrik.V4i2.4037>
- Ni Wayan Rahayu, Notesya, I. (2023). Bunga Rampai Manajemen Nyeri. *Paper Knowledge . Toward A Media History Of Documents*.
- Persatuan Perawat Indonesia. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Siki). *Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*.
- Ppni. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*.
- Rahayu, P. (2023). *Bunga Rampai Manejemen Nyeri*.
- Ramadhan, M. (2022). *Metode Penelitian*. Cipta Media Nusantara(Cmn).
- Sarrul Bariah, Vidya, Yayu Nidaul, Erina, Farid Haluti, Alvira Pranata, Agus Budianto, R. D. (2024). *Buku Ajar Konsep Dasar Penelitian*. Pt.Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sigit Hermawan, A. (2021). *Metode Penelitian Bisnis*. Media Nusa Creative.
- Tim Pokja Sdki Ppni. (2020). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan*, (Edisi 1). Dpp Ppni.

# Lampiran 1

## Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruangan Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang

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	Minggu I	Minggu II	Minggu III				
1	Koordinasi ttg revisi Panduan KTA 2025									
2	Penentuan kuota kasus dan pembimbing KTA									
3	Konsultasi Jurnal/Artukel EBN									
4	Konsultasi dan Penyusunan BAB I, II, III									
5	Koordinasi dan Sosialisasi EBN di lahan									
6	Pelaksanaan/penerapam EBN pada kasus									
7	Penyusunan BAB IV (gambaran kasus dan pembahasan)									
8	Penyusunan BAB V									
9	Pendaftaran sidang KTA									
10	Sidang KTA									
11	Revisi laporan sidang KTA									
12	Pembuatan/Konsultasi Manuskrip hasil KTA									
13	Pengumpulan laporan KTA ke prodi									

Pembimbing

Padang, Mei 2025

(Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep)  
NIP. 197107051994032003

(Figo Rahmadia)  
243410015

## Lampiran 2

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP



#### A. Identitas

1. Nama Lengkap : Figo Rahmadia
2. Tempat / Tanggal Lahir : Salido / 31 Juli 2002
3. Agama : Islam
4. Status Keluarga : Belum Menikah


#### Nama Orang Tua

5. Ayah : Syafrianto
6. Ibu : Sutrisni
7. No Telp/Hp : 081266616414
8. Email : [Figorahmadia31@gmail.com](mailto:Figorahmadia31@gmail.com)
9. Alamat : Salido

#### B. Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun
1.	SD N 32 Koto Salido	2008-2014
2.	SMPN 2 Painan	2014-2017
3.	SMAN 1 Painan	2017-2020
4.	Sarjana Terapan Keperawatan-Ners Kemenkes Poltekkes Padang	2020-2024
5.	Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang	2024-2025

### Lampiran 3 ( lembar bimbingan )











**Kemenkes**

**Kementerian Kesehatan**  
Pusat Rehabilitasi

Jalan Senjung Pondok Kipri, Negeripati  
Padang, Sumatera Barat 25140  
0711 7547128  
Email: pkr@kemenkes.go.id

**LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa : Figo Rulmadia  
NIM : 243410015  
Prodi : Pendidikan Perilaku Ners  
Pembimbing : Ns. Idriswati Rahai, S.Kep., M.Kep.  
Jenis KIA : Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pada Pasien  
Post Operasi Fraktur Di Ruang Rawat Inap  
Ruang Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Bimbingan ke-	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin 5 Januari 22	Bimbingan awal	
2	Senin 14 Januari 22	Bimbingan judul	
3	Senin 14 April 22	Bimbingan justifikasi	
4	Senin 18 April 22	Revisi bab KIA	
5	Kamis 21 April 22	Konsep teori	
6	Senin 24 April 22	Konsultasi	
7	Kamis 26 April 22	Konsultasi	
8	Kamis 26 April 22	Bimbingan Bab 1-20	

Bimbingan ke	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Kamis / 04 Mei 2023	Bimbingan Aplikasi pendaftaran	[Signature]
2	Kamis / 11 Mei 2023	Bimbingan materi tentang hukum dan prosedur pendaftaran	[Signature]
3	Jumat / 19 Mei 2023	Bimbingan materi tentang 2 - 10	[Signature]
4	Sabtu / 20 Mei 2023	Bimbingan materi tentang pendaftaran	[Signature]
5	Senin / 22 Mei 2023	Bimbingan materi tentang pendaftaran	[Signature]
6	Rabu / 24 Mei 2023	Bimbingan materi tentang pendaftaran	[Signature]

Catatan bimbingan dengan pembimbing atau dipendamping minimal 6 kali

 Ketua Program Studi  
 Pendidikan Profesi Ners



 (Ns. Efra Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat)  
 NIP. 199004232002122001

#### Lampiran 4

#### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

No	Tahapan Prosedur	Tindakan
1.	Fase Orientasi	<p>1. Rasional : salam terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan perawat dan pasien/ keluarga pasien</p> <p>2. Memperkenalkan diri</p> <p>Rasional : memperkenalkan diri dapat menumbuhkan hubungan saling percaya kepada perawat dan keluarga pasien</p> <p>3. Menjelaskan tujuan</p> <p>Rasional : Dengan memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga pasien terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, maka keluarga pasien diharapkan mempunyai gambaran mengenai tindakan yang akan dilakukan dan memberikan pilihan pasien dan keluarga untuk tetap melanjutkan tindakan atau tidak</p> <p>4. Kontrak waktu</p> <p>Rasional : menjelaskan waktu dilakukannya tindakan dan durasi serta berapa kali dilakukannya tindakan kepada keluarga pasien agar pasien atau keluarga memahami tindakan yang akan dilakukan berikutnya.</p> <p>5. Menyiapkan alat</p> <p>Rasional : memudahkan perawat melakukan tindakan</p>

2.	Fase Kerja	<p>1. Menarik nafas dalam dan batuk efektif</p> <p><b>Setelah 6 jam pertama</b></p> <p>2. Diharuskan tirah baring dan melakukan Gerakan <i>dorsalfleksi</i> dan <i>plantarfleksi</i> pada kaki (gerakan pompa betis) 2-4 jam paska operasi</p> <p>3. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi lutut 2-4 jam paska operasi</p> <p>4. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur 2-4 jam paska operasi</p> <p>5. Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki 2-4 jam paska operasi</p> <p><b>Setelah 6- 10 jam</b></p> <p>6. pasien diharapkan dapat memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap dua jam</p> <p><b>Setelah 24 jam</b></p> <p>7. Pasien dianjurkan untuk dapat belajar duduk. Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak. Latihan duduk ini dapat meningkatkan ekspansi dada sehingga mudah dalam bernapas.</p> <p>8. Pasien mulai melakukan latihan turun dari tempat tidur dan mulai untuk berjalan.</p>
3.	Fase Terminasi	<p>1. Kontrak stimulasi selanjutnya kepada pasien dan keluarga pasien</p> <p>Rasional : agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan selanjutnya</p> <p>2. Mengucapkan salam</p>

## Lampiran 5 ( Lefleat )



**MANFAAT MOBILISASI DINI:**

- ✓ Mencegah tekanan darah menjadi rendah
- ✓ Mencegah penurunan sirkulasi darah
- ✓ Meningkatkan sirkulasi darah
- ✓ Mengurangi tekanan pada kulit
- ✓ Mencegah timbulnya ruam dan lecuk
- ✓ Mencegah timbulnya infeksi saluran pernapasan
- ✓ Mencegah timbulnya konstipasi

**Mobilisasi setelah operasi yaitu:**

Aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan dengan di atas tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan kegiatan sehari-hari.

**TUJUAN MOBILISASI DINI PASCA OPERASI**

- ✓ Mempertahankan fungsi tubuh
- ✓ Mempertahankan pemberian nutrisi
- ✓ Mempertahankan sirkulasi darah
- ✓ Mempertahankan fungsi otak





**MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA OPERASI**

Oleh :  
Figo Rahmadia

PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN PARANGI  
2025

**KERUJUKAN TIDAK DILAKUKAN MOBILISASI DINI**

- Mengalami luka yang dalam
- Mengalami rasa sakit
- Sudah menjadi paku & kaku
- Mempunyai perawatan di rumah sakit

**Hal penting tentang mobilisasi dini**

1. Pasien harus terlatih. Sebelum mobilisasi, pasien harus terlatih terlebih dahulu.
2. Aktivitas dilakukan secara bertahap dan dengan pengawasan tenaga kesehatan.
3. Gerakan dilakukan secara teratur dan sesuai dengan kondisi pasien.



**Tahapan Mobilisasi Dini Setelah Operasi**



1. Jika pasien merasa nyaman, pasien dapat melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini dilakukan dengan cara duduk di tepi ranjang, berdiri, dan berjalan dengan bantuan tenaga kesehatan.
2. Setelah 2-3 jam, pasien dapat melakukan mobilisasi dini dengan cara duduk di tepi ranjang, berdiri, dan berjalan dengan bantuan tenaga kesehatan.



3. Pasien harus terlatih. Sebelum mobilisasi, pasien harus terlatih terlebih dahulu.
4. Aktivitas dilakukan secara bertahap dan dengan pengawasan tenaga kesehatan.
5. Gerakan dilakukan secara teratur dan sesuai dengan kondisi pasien.



6. Pasien harus terlatih. Sebelum mobilisasi, pasien harus terlatih terlebih dahulu.
7. Aktivitas dilakukan secara bertahap dan dengan pengawasan tenaga kesehatan.
8. Gerakan dilakukan secara teratur dan sesuai dengan kondisi pasien.





## Lampiran 6

Lampiran 6

*Surat Permohonan Kepada Responden*

Kepada,  
Yth Bapak/Ibu  
Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa  
Kampus Poltekkes Padang Program Studi Ners yang bermaksud akan  
melakukan penelitian:

Nama : Ego Rahmadia  
NIM : 243410013

Akan melakukan penelitian dengan judul " Penerapan  
Modelasi Diri Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruanggi  
Trauma Center Rusp Dr. M. Djamil Padang 2025 " Untuk itu saya meminta  
kendaraan dan menjadi responden dalam penelitian ini.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan  
pergatalan dan tidak akan memberikan kerugian apa. Keabsahan semua  
informasi yang diberikan akan dipa dan hanya digunakan untuk  
kebutuhan penelitian. Apabila Ibu bersedia, maka dengan ini saya mohon  
keputusan dan untuk mendapatkan lembar persetujuan. Atas kerendahan hati  
menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Padang, April 2025  
Yang Meminta Permissão

  
Ego Rahmadia, S. Ti, Knp  
NIM 243410013

## Lampiran 7

Lampiran 7

Lembar Persetujuan Responden  
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Tria A

Umur 44 tahun

No hp 0812 7868 0406

Prosedur penelitian ini telah akan memberitahukan dengan resiko apapun pada responden. Setelah dijelaskan maksud penelitian ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudara Ego Rahmadia (213410015) mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekdik kesehatan Kemenkes Padang dengan judul "Penerapan Mobilisasi Dasi Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Trauma Center RSUD Dr. M. Djamil Padang 2025". Informasi dan data yang saya berikan adalah benar adanya sesuai dengan kenyataan, pengetahuan, dan pengalaman saya. Dengan ini saya tanda tangan dengan sesungguhnya sekarang dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Padang, April 2025

Responden

Araf

(ARIF rahman )

Lampiran 8

Asuhan Keperawatan pasien 1

## **A. PENGKAJIAN**

### **1. Identitas Pasien**

Nama pasien : Tn. S  
No. RM : 01.25.84.89  
Umur : 68 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Payakumbuh  
Tanggal masuk RS : 23 April 2025  
Ruang rawatan : *Trauma Center*  
Tanggal pengkajian : 23 April 2025  
Diagnosa medis : *Closed Fracture of right intertrichanter evan classification type reverse obliquity*

### **2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Ny. K  
Umur : 66 tahun  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Payakumbuh  
Hubungan : Istri

### **3. Keluhan Utama**

Pasien masuk ke RSUP Dr.M.DJamil Padang melalui IGD rujukan dari RS ahmad Darwia pada tanggal 23 April 2025 dengan keluhan nyeri kaki kanan bagian atas 8 jam sebelum masuk rumah sakit.

### **4. Riwayat kesehatan**

#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian pre operasi pada tanggal 23 april 2025 pukul 09: 00 wib di ruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang, pasien menyeluh nyeri pada kaki sebelah kanan atas, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 4-6 (nyeri sedang), ekspresi wajah ag ak meringis, pasien mengatakan cemas akan dilakukan operasi.

Pada saat dilakukan pengkajian *post op* pada tanggal 24 april 2025 pukul 09.00 wib diruang Cempaka RSUP DR.M Djamil Padang,

pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan bagian atas, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri berat), ekspresi wajah agak meringis, pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi kesehatannya. Pasien *Post Op* pada tanggal 24 April 2025 jam 16.00 WIB selesai pada 25 April 2025 jam 02.00 WIB.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien menyatakan pernah dirawat di RSUP Dr.M.DJamil Padang sebelumnya, karena kecelakaan dan patah kaki kanan bagian bawah tibia, pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, DM dan penyakit jantung.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat HT, DM dan stroke.

**5. Pola kebiasaan**

c. Kebutuhan oksigenasi

- 1) Sehat :Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.
- 2) Sakit : Saat sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.

d. Kebutuhan nutrisi dan cairan

- 1) sehat :Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari. Makanan yang dihabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik. Frekuensi minum 5-7x/hari ( $\pm 1000-2000$  cc/hari).
- 2) sakit :Saat dirumah sakit nafsu makan baik

e. Kebutuhan eliminasi

- 1) Sehat : Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK  $\pm 3-4$  x/hari, bewarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Tidak ada keluhan BAB
- 2) Sakit : Saat dirumah sakit pasien terpasang foley kateter dengan frekuensi BAK  $\pm 500$  cc/8 jam, warna kuning, BAB.

f. Kebutuhan istirahat dan tidur

- 1) sehat : Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang  $\pm 1$  jam dan di malam hari 6-8 jam.
- 2) sakit : Saat dirumah sakit pasien mengatakan sulit tidur, tidur siang  $\frac{1}{2}$  - 1 jam, tidur malam  $\pm 3-4$  jam, pasien mengeluh sering terbangun dimalam hari, pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur, ada keluhan sulit tidur karena tidak nyaman dan sesak, ada keluhan tidur tidak puas, istirahat tidak cukup.

g. Kebiasaan aktivitas/ mobilitas

- 1) sehat : Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.
- 2) sakit : Saat dirumah sakit pasien mengeluh nyeri saat aktivita, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

h. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

- 1) sehat : Sebelum dirawat, pasien tidak ada mengalami keluhan nyeri
- 2) sakit : Saat dirumah sakit pasien mengeluh nyeri pada pinggul sebelah kanan, nyeri bertambah jika beraktifitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien saat pengkajian yaitu 4-6, nyeri dirasakan hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien tampak lemah, pasien tampak cemas.

i. Kebutuhan personal hygiene

- 1) sehat Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan personal hygiene.
- 2) sakit Saat dirawat di rumah sakit pasien dibantu keluarga dan perawat dalam melakukan personal hygiene.

**6. Pemeriksaan fisik**

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien lemas

TD : 130/80 mmhg  
Nadi : 98x/menit  
Pernapasan : 22x/menit  
Suhu : 36,9 C  
SpO2 : 99%

b. Tingkat kesadaran

Kesadaran Pasien Composmentis kooperatif (CMC)  
GCS : 15 (EVM)

c. Kepala

Kulit kepala bersih, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada oedema

d. Mata

Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor 3mm/3mm

e. Wajah

Bentuk wajah simetris, terdapat luka lecet pada dahi, wajah terlihat pucat

f. Telinga

Bentuk simetris, tidak menggunakan alat pendengaran.

j. Hidung

Tidak ada pernapasan cuping hidung

a. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid dan getah bening

b. Thorak

I : gerakan dinding dada simetris kiri dan kanan

P : fremitus kiri dan kanan sama

P : sonor kiri dan kanan

A : terdengar bunyi vesikuler, rh+ / +

c. Jantung

I : ictus cordis tidak terlihat

P : ictus cordis teraba jelas di 1 jari lateral LMC RIC V

P : batas kiri : ictus cordis di 1 jari lateral LMC RIC V

A : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)

d. Abdomen

I : tidak ada distensi abdomen

A : bising usus terdengar 25x/i

P : terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas

P : bunyi thympani

e. Ekstermitas Atas

Tidak ada luka atau bengkak, terpasang IVFD Tutosol 20 tpm di

tangan sebelah kiri, dapat bergerak, CRT < 2 detik, akral hangat

f. Ekstermitas Bawah :

Mengalami keterbatasan pergerakan pada ekstremitas kanan atas karena fraktur femur, terpasang beban 4 kg, nyeri ketika digerakkan, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri saat digerakkan. Terdapat luka robek pada jempol ekstremitas kanan dan di balut perban, dapat digerakkan, tidak ada odema, CRT < 2 detik.

g. Genitalia

Pasien terpasang kateter

### 1. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 23 April 2025 pukul 12.30 WIB

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Eritrosit	3.46	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
Hemoglobin	10.1	g/dL	13.0-16.0
Leukosit	12.02	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hemaokrit	31	%	40.0-48.0
Trombosit	232	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
MCV	88	fL	82.0-92.0
MCH	29	pg	27.0-43.0
MCHC	33	%	32.0-36.0
RDW-CV	14.2	%	11.5-14.5
Natrium	136	Mmol/L	136-145
Kalium	4,9	Mmol/L	3.5-5.1
Klorida	103	Mmol/L	97-111

Catatan : Anemia-Leukositosis

b. Pemeriksaan Rontgen

Kesan : fraktur 1/3 proksimal femur sinistra

### Program Pengobatan

IVFD Tutosul 8 jam / Kolf



Inj. Ranitidine 2 x 50 mg

Inj. Ketorolac 3x30 mg

Klofenak 2x50 mg

## 2. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <p>P : Tn. S mengeluh nyeri pada paha kanan atas pada lokasi fraktur dan tindakan <i>post op</i>, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi. Q : Tn. S mengatakan sangat nyeri tapi dapat dikontrol. R : Tn. S mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka dipaha kanan atas. S : Tn. S Mengatakan skala nyeri 7. T : Tn. S mengatakan nyerinya hilang timbul.</p> <p>DO :</p> <p>Tn. S tampak meringis, tampak sedikit gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna cemas semakin nyeri (bersikap protektif)</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 97 x/i</p> <p>P : 19 x/i</p> <p>S : 37,4 C</p>	Agen pencideraan fisik	Nyeri akut
2.	<p>DS :</p> <p>Tn. S mengatakan kepala terasa pusing, badan terasa lemas dan tak berdaya. Tn. S mengeluh nyeri pada ekstremitas bawah yaitu pada kaki kanan</p> <p>CRT &gt; 2detik</p> <p>DO :</p> <p>Tn. S tampak pucat, akral teraba dingin, luka masih dibalut</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 97 x/i</p> <p>HB : 10,1 g/dl</p>	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

3.	<p>DS :</p> <p>Tn. S mengeluh nyeri pada paha kanan atasnya, pada kaki kirinya karena fraktur dan terdapat luka <i>post op</i>. Tn. S mengatakan cemas saat menggerakkan kaki kirinya.</p> <p>DO :</p> <p>Tn. M tampak terbatas saat melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun, rentang gerak tampak menurun, fisik Tn. S tampak lemah</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>ND : 97 x/i</p> <p>RR : 23x/i</p>	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik
----	--	--------------------------	--------------------------

### 3. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik
- Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin
- Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal

### 4. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik	<p>Tingkat Nyeri <b>L.08066</b></p> <p>Ekspektasi : Menurun kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat</li> <li>Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri <b>I.08238</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap <i>respon</i> nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi</li> </ul>

			<p>komplementer yang sudah diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur)</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> </ul>
2.	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>Perfusi perifer <b>L.02011</b> Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2) Warna kulit pucat menurun</li> <li>3) Akral membaik</li> <li>4) Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar Kolesterol tinggi)</li> <li>- Pantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>- Hindari pengukuran tekanan</li> </ul>

			<p>darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>- Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>- Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>- Lakukan hidrasi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berhenti merokok</li> <li>- Anjurkan untuk berolahraga secara rutin</li> <li>- Anjurkan memeriksa air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>- Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun Kolesterol, jika perlu</li> <li>- Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>- Anjurkan program rehabilitasi vaskular</li> <li>- Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>- Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ul>
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<p>Mobilitas fisik <b>L.05042</b></p> <p>Ekspektasi : meningkat kriteria hasil:</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (<b>I.05173</b>)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ul>

		<p>meningkat</p> <p>2) Kekuatan otot meningkat</p> <p>3) Rentang gerak (ROM) meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Pantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>
--	--	--	--

## 5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
24-4-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kanan atas terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol 7, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi	S : Tn. S mengatakan nyeri skala 7 dibagian <i>post</i> operasi, sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol.  O : Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis, skala

			<p>fraktur, S : 7, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>nyeri non verbal masih 6 TD : 140/ 90 mmHg N : 97 x/i P : 19 x/i S : 37,4 C</p> <p>A : masalah Nyeri akut cukup teratasi ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
<b>24-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi yaitu pada kaki kiri pasien</li> <li>- Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan kepala terasa pusing cukup berkunang, Tn. S mengeluh badan terasa lemas cukup berkurang</p> <p>O : Tn. S tampak pucat, tampak lemas, tampak sedang transfusi darah 1 kolf, akral terasa dingin TD : 140/80 mmHg N : 97 x/i S : 37,3 C R : 22 x/i CRT &gt; 2 detik</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral membaik</p> <p>P : intervensi perawatan</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Menganjurkan program rehabilitasi vaskular</li> <li>- Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>- Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> <li>- Memonitor TTV pasien</li> <li>- Memberikan Transfusi darah</li> </ul>	sirkulasi dipertahankan
<b>24-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengeluh sulit untuk menggerakkan kakinya, Tn. S mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan setelah operasi</p> <p>O : Tn. S tampak takut saat melakukan mobilisasi, Tn. S tampak bisa menggerakkan esktermitas pada kaki kanan. Tn. S sudah mampu duduk disamping tempat tidur.</p> <p>TD : : 140/80 mmHg</p> <p>N : 97 x/i</p> <p>P : 18 x/I</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi</p>

			<p>prosedur mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>
Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
25-4-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti distusuk-tusuk, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi fraktur, S : 6, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</li> <li>- Mengidentifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan nyeri terasa seperti distusuk-tusuk, nyeri sedikit berkurang dari kemaren skala 6 Tn. S mengatakan merasa lebih rilek.</p> <p>O : Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis, skala nyeri non verbal masih 5 TD : 126/ 106 mmHg N : 98 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
25-4-25	7.30 s/d	Perfusi perifer tidak efektif b.d	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer,</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan kepala terasa pusing cukup</p>



	<b>14.00 WIB</b>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Memonitor TTV pasien</li> <li>- Memberikan Transfusi darah</li> </ul>	<p>menurun, Tn. S mengeluh badan terasa lemas cukup menurun</p> <p>O : Tn. S tampak pucat, tampak lemas, tampak sedang transfusi darah kolf ke 2, akral terasa dingin HB : 11. 2 TD : 130/ 78 mmHg N : 97 x/i CRT &lt; 2 detik A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral cukup membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>
<b>25-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengeluh sulit untuk menggerakkan kakinya, Tn. S mengatakan sudah bisa miring kanan dan miring kiri secara mandiri, Tn. S sudah mampu duduk disamping tempat tidur.</p> <p>O : Tn. S tampak sedikit lebih rileks saat melakukan mobilisasi, dan sudah bisa berdiri dengan tumpuan kaki yang sehat dengan bantuan TD : 132/ 86 mmHg N : 97 x/i P : 18 x/I</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>
Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
26-4-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRS (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti tertekan/tergesek, R : nyeri di pada area kaki kanan terutama lokasi fraktur, S : 5, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan nyeri tertekan/tergesek, sedikit berkurang skala nya 5 Tn. S mengatakan ia merasa tenang dan juga rilek serta adem pada area lokasi fraktur.</p> <p>O : Tn. S tampak tidak begitu gelisah tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi, skala nyeri non verbal 4</p> <p>TD : 130/ 84 mmHg</p> <p>N : 98 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
26-4-25	7.30	Perfusi perifer	- Memeriksa sirkulasi	S : Tn. S mengatakan

	<b>s/d 14.00 WIB</b>	tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Memonitor TTV pasien</li> <li>- Memberikan Transfusi darah</li> </ul>	<p>kepala terasa pusing cukup menurun, Tn. S mengeluh badan terasa lemas cukup menurun, telah tranfusi 1 kantong darah</p> <p>O : Tn. S tampak pucat, tampak lemas, akral terasa terasa hangat TD : 122/ 70 mmHg N : 98 x/i S : 36, 6 C R : 19 x/i</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral cukup membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>
<b>26-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya, Tn. S mengatakan sudah bisa miring kanan dan miring kiri secara mandiri, Tn. S sudah mampu duduk disamping tempat tidur.</p> <p>O : Tn. S tampak sudah rileks dan sudah bisa menggerakkan kakinya. Tn. S sudah bisa berdiri dengan tumpuan kaki yang sehat dengan bantuan perawat karena keluar masih takut.</p>

			pergerakan - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)	TD : 125/ 73 mmHg N : 98 x/i P : 20 x/i  A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)  P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan
--	--	--	--	---

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
27-4-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kiri atas terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa seperti keram, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 4, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan	S : Tn. S mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 4 Tn. S mengatakan ia merasa tenang dan juga rilek serta adem pada area lokasi fraktur. O : Tn. S tampak tidak gelisah sudah menurun tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi, skala nyeri non verbal 3 TD : 128/ 81 mmHg N : 95 x/i  A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik )  P : intervensi manajemen

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	nyeri di pertahankan
<b>27-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi yaitu pada kaki kiri pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan kepala terasa pusing sudah menurun, Tn. S mengeluh badan terasa lemas cukup menurun</p> <p>O : Tn. S tampak pucat, masih tampak lemas, akral terasa teras hangat.</p> <p>HB : 12 TD : 126/ 77 mmHg N : 90 x/i R : 19 x/i S : 36, 6 C</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>
<b>27-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri, Tn. S mengatakan sudah bisa miring kanan dan miring kiri secara mandiri, Tn. S sudah mampu duduk disamping tempat tidur mandiri. Tn. S mengeluh nyeri cukup menurun</p> <p>O : Tn. S tampak sudah bisa mandiri melakukan mobilisasi di tempat tidur, dan sudah bisa berdiri</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>dibantu oleh keluarga.            TD : 136/ 77 mmHg            N : 95 x/i            P : 20 x/i</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>
Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
28-4-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidaran fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : paha kanan atas terasa nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti perih, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 3, T : nyeri terasa jika bergerak dan berubah posisi).</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak sedikit meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (EBN mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan nyeri berkurang skala nya 3 Tn. S mengatakan ia merasa tenang dan juga rilek tidak takut lagi melakukan mobilisasi</p> <p>O : Tn. S tampak tidak gelisah sudah menurun tetapi masih sedikit meringis jika hendak merubah posisi sudah menurun, skala nyeri non verbal 2</p> <p>TD : 128/ 80 mmHg            N : 89x/i            R: 20 x/i            S : 36 C</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi ( keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>

			- Pemberian analgetik	
<b>28-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya secara mandiri, Tn. S sudah mampu duduk disamping tempat tidur. Tn. S sudah mampu berdiri dengan alat bantu.</p> <p>O : Tn. S tampak sudah bisa mandiri dan berdiri menggunakan alah bantu dengan dibantu oleh keluarga. TD : 120/ 72 mmHg N : 89x/i P : 21 x/i</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>
<b>28-4-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan</li> </ul>	<p>S : Tn. S mengatakan kepala terasa pusing sudah menurun, Tn. S mengeluh badan terasa lemas cukup menurun</p> <p>O : Tn. S tampak pucat, masih tampak lemas, akral terasa terasa hangat TD : : 120/ 80 mmHg N : 89 x/i S : 36,6 S CRT &lt; 2 detik</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer membaik, Warna</p>

			keterbatasan perfusi yaitu pada kaki kiri pasien - Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah - Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	kulit pucat cukup menurun, Akral membaik)  P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan
--	--	--	--	---

## Pengkajian Keperawatan 2

### Identitas Pasien

Nama pasien : Tn. A  
 No. RM : 01.25.XX.XX  
 Umur : 44 Tahun  
 Jenis kelamin : Laki-Laki  
 Alamat : Koto Tengah  
 Tanggal masuk RS : 28 April 2025  
 Ruang rawatan : *Trauma Center*  
 Tanggal pengkajian : 28 April 2025  
 Diagnosa medis : *Closed Fracture of right tibia plateau Schatzker type IV*

### Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. S  
 Umur : 42 tahun  
 Pendidikan : Sarjana Pendidikan  
 Pekerjaan : Guru  
 Alamat : Lubuk Begalung Kota Padang  
 Hubungan : Istri

## 1. Riwayat Kesehatan

### a. Keluhan utama

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 28 April 2025 pukul 10:00 WIB dengan keluhan nyeri pada kaki kanan bawah akibat terjatuh. Pasien rujukan dari Rumah Sakit Tentara Reksodiwiryo Padang



b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien masuk ruangan Tanggal 28 April 2025 pukul 11:00 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2025 pukul 13.00 WIB pasien dalam menunggu jadwal operasi. Pasien direncanakan operasi pada hari Rabu tanggal 30 April, pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan bawah yang mengalami benturan. Awal mula kejadian, Tn. A terjatuh dari pohon kelapa, terjatuh dan ada benda keras yang menenti dibawah, dan sudah terasa patah, sebelumnya sudah pernah mengalami patahh di bagian paha kanan. Pada saat kejadian Tn. A langsung dibantu oleh orang sekitar, dibawah kerumah sakit RST lalu dirujuk ke RSUP Dr. M Djamil untuk dilakukan tindak lanjut. Setelah kejadian tersebut Tn. A mengatakan mengeluh nyeri pada kaki kanan bawah jika bergerak, terasa sangat nyeri jika berubah posisi, pasien tampak sedikit meringis, tidak kejang saat kejadian dan pasien mengeluh sesak nafas. Pasien tampak berbaring, sedikit gelisah dan tidak meringis kesakitan, pada kaki pasien yang fraktur.

Pengkajian nyeri :

P : pasien mengeluh nyeri pada paha kiri atas, intensitas nyeri bertambah jika digerakkan dan berubah posisi

Q : pasien mengatakan pada lokasi frakturnya nyeri seperti tertusuk - tusuk.

R : Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan bawah

S : pasien Mengatakan skala nyeri 7.

T : Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah mengalami kecelakaan lalu lintas dan patah di paha kanan, pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus dll

d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki keluhan yang sama seperti pasien dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat HT, DM dan stroke.

e. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan selalu mendapat dukungan dari keluarga, yaitu istri dan anaknya selalu bergantian merawatnya di rumah sakit.. Pasien mengatakan setiap masalah yang muncul di keluarga nya selalu di selesaikan bersama – sama.

## 2. Pengkajian Fungsional Gordon

a. Kebutuhan oksigenasi

1) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.

2) Sakit

Saat sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

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 dalam sehari.

b) Sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidak ada penurunan nafsu makan. Porsi makan saat sakit sebelum dirawat di rumah sakit porsi makanannya sama. Saat dirawat di Rumah Sakit pasien menghabiskan makanannya yang diberikan oleh petugas gizi, dan pasien minum air putih seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari.

c. Pola Eliminasi

c) Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK  $\pm$  3-4 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Tidak ada keluhan BAB

d) Sakit

Saat di rumah sakit pasien terpasang foley kateter dengan frekuensi BAK  $\pm$  500 cc/8 jam, warna kuning, BAB.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sehat

Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain

b) Sakit

Pada saat sakit pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga dan perawat di ruangan untuk makan, minum pasien juga dibantu oleh keluarganya, serta untuk toileting dibantu oleh perawat ruangan dan keluarga karena pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan kakinya dan terasa nyeri jika berubah posisi.

e. Pola Istirahat dan Tidur

a. Sehat

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.

b. Sakit

Pasien mengatakan mengalami gangguan tidur pada malam hari, pasien mengatakan terbangun beberapa kali pada malam hari karena posisi yang terasa kurang nyaman dan sering terbangun karena suara.

f. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien selalu tampak tertidur karena selalu menutup mata dan berbaring ditempat tidur, ketika di panggil pasien dapat membuka mata, pasien tampak bingung, pasien dapat menceritakan keluhan yang dirasakan dengan cukup baik, pasien tampak sering gelisah terutama dalam posisi jika kaki kirinya digerakkan atau berubah posisi, pasien akan merasa tidak nyaman dan nyeri pada paha atas akan terasa lebih berat.

g. Pola Persepsi dan konsep Diri

Pasien mengatakan masih ada harapan sembuh, pasien tampak sedikit cemas untuk tindakan operasi yang akan dijalani, kesulitan dalam menentukan kondisi contohnya tidak mampu beraktivitas seperti biasanya.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai tante oleh keponakannya, karena tidak dapat beraktivitas seperti biasa karena sakit dan tidak bisa berjalan tanpa alat bantu.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual selama sakit.

j. Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan cukup cemas karena terasa sakit dan nyeri pada paha kiri atas, dan perasaan tidak berdaya karena beraktivitas harus merepotkan orang lain.

k. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien beragama agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

### **3. Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan umum : sadar

b. Pengukuran antropometri

Berat badan : 60 kg

Tinggi badan : 165 cm

c. Tanda – tanda vital :

a) Keadaran umum : Tampak Sakit

b) Kesadaran : compos mentis

c) Tekanan darah : 130/80 mmHg

d) Nadi : 80 x/i

e) Suhu : 36.8°C

f) Pernafasan : 22 x/i

d. Kepala

Inspeksi : tidak ada pembengkakan pada area kepala pasien, tidak terdapat luka pada area kepala

Palpasi : tidak teraba massa/ pembengkakan pada area kepala pasien, tidak ada nyeri tekan

e. Mata

Konjungtiva anemis, penglihatan tidak kabur, reflek cahaya (+), pupil isokor 2mm/2mm

f. Rambut

Inspeksi : rambut tampak berwarna hitam dan ada tumbuh sedikit uban, rambut kering, dan tampak ada ketombe

Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam

g. Hidung

Tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung

Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-).

h. Mulut

Gigi terlihat kuning dan tidak lengkap

i. Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan

Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid, serta tidak ada nyeri tekan pada area leher

j. Dada dan Thoraks

Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama kuat

Perkusi : sonor

Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

k. Genitalia

Alat kelamin berjenis kelamin perempuan, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.

l. Ekstremitas

Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, terdapat luka *post* op orif pada paha kiri atas pasien.

Palpasi : CRT 3 detik dan akral teraba hangat

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

##### c. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 1 Mei 2025 pukul 11.13 WIB

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Eritrosit	3.37	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-4.50
Hemoglobin	10.3	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	12.55	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hematokrit	30	%	37.0-43.0
Trombosit	291	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
MCV	89	fL	82.0-92.0
MCH	31	pg	27.0-43.0
MCHC	34	%	32.0-36.0
RDW-CV	13.7	%	11.5-14.5
Natrium	138	mmol/L	136-145
Kalium	4	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	109	mmol/L	97-111
Gula darah sewaktu	109	mg/dL	50-200
SGOT	31	U/L	<32
SGPT	21	U/L	<31
Albumin	3.8	g/dl	3.8-5.0

Catatan : Leukositosis

##### d. Pemeriksaan Rontgen

Kesan : fraktur tibia

#### Program Pengobatan

IVFD Tutosul 8 jam / Kolf

Inj. Ranitidine 2 x 50 mg

Inj. Dentasimin 2 x 80 mg

Inj. Ketorolac 3x30 mg

Inj. Diklofenak 2 x 50 mg

#### 5. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS :	Agen pencideraan	Nyeri akut

	<p>P : Tn. S mengeluh nyeri pada paha kanan atas pada lokasi fraktur dan tindakan <i>post op</i>, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi. Q : Tn. S mengatakan sangat nyeri tapi dapat dikontrol. R : Tn. S mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka dipaha kanan atas. S : Tn. S Mengatakan skala nyeri 7. T : Tn. S mengatakan nyerinya hilang timbul.</p> <p>DO : Tn. S tampak meringis, tampak sedikit gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna cemas semakin nyeri (bersikap protektif) TD : 140/88 mmHg N : 80 x/i P : 22 x/i S : 36.8 C</p>	fisik	
2.	<p>DS : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing, badan terasa lemas dan tak berdaya. Tn. A mengeluh nyeri pada ekstremitas bawah yaitu pada kaki kirinya.</p> <p>DO : Tn. A tampak pucat, akral teraba dingin, tampak edema pada area luka, luka tampak ditutupi perban TD : 140/88 mmHg N : 80 x/i HB : 10,2 g/dl CRT &gt; 2 detik</p>	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif
3.	<p>DS : Tn. A mengeluh nyeri pada paha kiri atasnya saat digerakkan dan berubah posisi, Tn. A mengeluh sulit</p>	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik

<p>menggerakkan ekstremitasnya yaitu pada kaki kirinya karena fraktur dan terdapat luka <i>post op</i>. Tn. A mengatakan cemas saat menggerakkan kaki kirinya.</p> <p>DO : Tn. A tampak cemas melakukan pergerakan, kekuatan otot tampak menurun, rentang gerak tampak menurun, fisik Tn. A tampak lemah. TD : 140/88 mmHg ND : 80x/i RR : 22x/i</p>		
--	--	--

## 6. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik
- Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin
- Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal

## 7. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik	<p>Tingkat Nyeri <b>L.08066</b> Ekspektasi : Menurun kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat</li> <li>Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri <b>I.08238</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap <i>respon</i> nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal))</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur)</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> </ul>
2.	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>Perfusi perifer <b>L.02011</b> Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2) Warna kulit pucat menurun</li> <li>3) Akral membaik</li> <li>4) Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar Kolesterol tinggi)</li> <li>- Pantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul 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> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>- Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>- Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>- Lakukan hidrasi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berhenti merokok</li> <li>- Anjurkan untuk berolahraga secara rutin</li> <li>- Anjurkan memeriksa air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>- Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun Kolesterol, jika perlu</li> <li>- Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>- Anjurkan program rehabilitasi vaskular</li> <li>- Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>- Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ul>
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<p>Mobilitas fisik <b>L.05042</b></p> <p>Ekspektasi : meningkat kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2) Kekuatan otot</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi (<b>I.05173</b>)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ul>

		meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Pantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>
--	--	---	---

### 8. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQIRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : sangat nyeri tapi masih bisa dikontrol R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 7, T : selalu terasa).</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan nyeri skala nya 7 dibagian <i>post operasinya</i>.</p> <p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, skala nyeri non verbal masih 7</p> <p>TD : 140/ 88 mmHg</p> <p>N : 80 x/i</p> <p>S : 37,2 C</p> <p>R : 21</p>

			<p>gelisah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (EBN Terapi mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>A : masalah Nyeri akut cukup teratasi ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
<b>1-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d</p> <p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing cukup berkurang, Tn. A mengeluh badan terasa lemas dan tidak berdaya</p> <p>O : Tn. A tampak pucat, tampak lemas, tampak sedang transfusi darah 1 kolf, akral terasa dingin  HB : 10.2 g/dl  TD : 140/ 86 mmHg  N : 80 x/i  CRT &gt; 2 detik</p> <p>1</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral membaik</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor TTV pasien</li> <li>- Memberikan Transfusi darah</li> </ul>	
<b>1-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengeluh sulit dan takut menggerakkan kakinya, Tn. A belum mampu untuk miring kanan dan miring kiri setelah operasi. Tn. A mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan dan berubah posisi</p> <p>O : Tn. A tampak cemas saat melakukan mobilisasi, Tn. A sudah bisa melakukan mobilisasi mika-miki dengan dibantu oleh perawat dan keluarga.</p> <p>TD : : 138/ 82 mmHg</p> <p>N : 80 x/i</p> <p>P : 22 x/i</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
<b>2-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti distusuk-tusuk, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S :</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 7 Tn. A mengatakan ia merasa tenang dan juga rilek setelah melakukan mobilisasi dini</p>

			<p>7, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi <i>respon</i> nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi fatur digerakkan, skala nyeri non verbal 6 TD : 132/ 86 mmHg N : 87 x/i P : 20 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
2-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi yaitu pada kaki kiri pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing cukup menurun, Tn. A mengeluh badan terasa lemas dan tidak berdaya, Ny. K mengeluh kadang dada terasa sesak.</p> <p>O : Tn. A tampak pucat, tampak lemas, tampak sedang transfusi darah kolf kedua, akral terasa dingin TD : 130/80 mmHg N : 88 x/i S : 36, 8 C</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral membaik</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>

			tekanan darah secara teratur - Memonitor TTV pasien	
<b>2-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi) - Memonitor TTV pasien sebelum dan sesudah mebilisasi	S : Tn. A sudah mampu untuk miring kanan dan miring kiri dengan dibantu. Tn. A mengeluh sedikit nyeri saat melakukan pergerakan dan berubah posisi  O : Tn. A tampak sudah bisa mandiri mika-miki dan duduk ditempat tidur, Tn. A melakukan mobilisasi dengan dibantu oleh perawat dan keluarga TD : 127/ 80 mmHg N : 88 x/i P : 22 x/i  A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot belum meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)  P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
<b>3-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	- Mengidentifikasi,intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post</i> op dan luka, Q : nyeri terasa	S : Tn. A mengatakan nyeri sedikit berkurang skala 6 Tn. A mengatakan ia merasa tenang dan juga rileks setelah melakukan

			<p>seperti tertekan atau tergesek, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 6, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (EBN mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>mobilisasi dini</p> <p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi fraktur digerakkan, skala nyeri non verbal 5 TD : 127/ 85 mmHg N : 89 x/i R : 19 x/i A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
3-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi yaitu pada kaki kiri pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing cukup menurun, Tn. A mengeluh badan terasa lemas dan tidak berdaya sudah berkurang.</p> <p>O : Tn. A tampak pucat, tampak lemas, tampak sedang transfusi darah kolf ketiga, akral terasa dingin TD : 122/ 76 mmHg N : 88 x/i R : 20 S : 36,6 C CRT &lt; 2 detik A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik,</p>

			<p>menggunakan obat penurun tekanan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ul>	<p>Warna kulit pucat cukup menurun, Akral cukup membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>
<b>3-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> <li>- Memonitor TTV pasien sebelum dan sesudah mebilisasi</li> </ul>	<p>S : Tn. A sudah mampu untuk miring kanan, miring kiri dan duduk dengan dibantu. Tn. A mengeluh sedikit nyeri dan cemas saat melakukan pergerakan dan berubah posisi.</p> <p>O : Tn. A sudah bisa berdiri ditumpuan kaki yang sehat dibantu oleh perawat dan keluarga. Tn. A tampak cemas untuk berdiri.</p> <p>TD : 128/77 mmHg N : 88 x/i P : 22 x/i S : 36,6 C A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot belum meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>

<b>Hari/ Tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
<b>4-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 5 Tn. A mengatakan ia merasa lebih tenang dan rileks</p>



			<p>seperti keram, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 4, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi fraktur digerakkan, skala nyeri non verbal 4 TD : 128/ 77 mmHg N : 88 x/i R : 19 x/i A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
4-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing cukup menurun, Tn. A mengeluh badan terasa lemas dan tidak berdaya sudah berkurang. Tn. A mengatakan badan terasa segar dari sebelumnya.</p> <p>O : Tn. A tampak pucat, tampak lemas, akral terasa hangat HB : 11.8 g/dl TD : 126/ 77 mmHg N : 80x/i CRT &lt; 2 detik</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> <li>- Memonitor TTV pasien</li> <li>- Memberikan Transfusi darah</li> </ul>	<p>menurun, Akral cukup membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>
<b>4-5-25</b>	<b>7.30 s/d 14.00 WIB</b>	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul> </li> <li>- Memonitor TTV pasien sebelum dan sesudah mebilisasi</li> </ul>	<p>S : Tn. A sudah mampu untuk miring kanan dan miring kiri dengan dibantu. Tn. A mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan dan berubah posisi. Tn. A sudah mampu untuk duduk disamping tempat tidur.</p> <p>O : Tn. A tampak sudah bisa mandiri dalam melakukan sebagian mobilisasi dan sudah bisa berdiri dibantu oleh keluarga dan perawat dan tampak cemas dan meringis.</p> <p>TD : 130/ 70 mmHg</p> <p>N : 78 x/i</p> <p>P : 21 x/i</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot belum meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>

--	--	--	--	--

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
5-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kaki kanan bawah terasa sangat nyeri karena <i>post op</i> dan luka, Q : nyeri terasa seperti perih, R : nyeri di pada area kaki kiri terutama lokasi fraktur, S : 4, T : selalu terasa).</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (EBN mobilisasi dini)</li> <li>- Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan (EBN mobilisasi dini)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pemberian analgetik</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 4 Tn. A mengatakan ia merasa tenang dan lebih rileks</p> <p>O : Tn. A tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis, Tn. A tampak kesakitan jika kaki lokasi fraktur digerakkan, skala nyeri non verbal 3 TD : 124/ 84 mmHg N : 82 x/i R : 19 x/i S : 36, 6 C</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian ( keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi cukup membaik )</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
5-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Gangguan mobiltas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi dengan dibantu oleh keluarga dan hari ini sudah bisa pulang.</p> <p>O : Tn. A tampak sudah tidak cemas untuk melakukan mobilisasi dini dan tampak lebih rileks.</p>

			<p>mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)</li> <li>- Memonitor TTV pasien sebelum dan sesudah mobilisasi</li> </ul>	<p>TD : 122/ 77 mmHg N : 80 x/i P : 19 x/i S : 36, 6 C</p> <p>A : Mobilitas Fisik teratasi sebagian (Pergerakan ekstremitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat, Rentang gerak (ROM) cukup meningkat)</p> <p>P : intervensi dukungan mobilisasi dipertahankan</p>
5-5-25	7.30 s/d 14.00 WIB	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, indeks pergelangan kaki-brachial)</li> <li>- Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes dan hipertensi )</li> <li>- Memantau panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien menggunakan obat penurun tekanan darah</li> <li>- Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>- Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya</li> </ul>	<p>S : Tn. A mengatakan kepala terasa pusing cukup menurun, Tn. A mengeluh badan terasa lemas dan tidak berdaya sudah berkurang. Tn. A mengatakan badan terasa segar dari sebelumnya.</p> <p>O : Tn. A tampak pucat, tampak lemas, akral terasa hangat HB : 11.8 g/dl TD : 120/ 80 mmHg N : 88x/i</p> <p>A : Perfusi perifer teratasi sebagian ( Kekuatan nadi perifer cukup membaik, Warna kulit pucat cukup menurun, Akral cukup membaik)</p> <p>P : intervensi perawatan sirkulasi dipertahankan</p>

			rasa).	
--	--	--	--------	--

## Lampiran 9 (DOKUMENTASI)





17%

SIMILARITY INDEX

8%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

10%

STUDENT PAPERS

## PLAGIARISM STUDIES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	8%
	Student Paper	
2	repositoryperpustakaanpoltekkespadang.site	5%
	Internet Source	
3	ejurnal.politeknikpratama.ac.id	1%
	Internet Source	
4	repository.poltekkes-tjk.ac.id	1%
	Internet Source	
5	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang	<1%
	Student Paper	
6	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II	<1%
	Student Paper	
7	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id	<1%
	Internet Source	
8	Submitted to National Forensic Sciences University	<1%
	Student Paper	
9	repositori.uin-alauddin.ac.id	<1%
	Internet Source	
10	D Nurba, M Mustaqimah, R Fadhil, D Darmansyah, M Fajri. "Performance test of vertical dryer hybrid for drying Tuna fish", IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, 2021	<1%
	Publication	
11	dianlatif90.blogspot.com	<1%
	Internet Source	
12	www.coursehero.com	<1%
	Internet Source	