

**LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
FRAKTUR FEMUR SINISTRA**

Hari, tanggal : Senin, 31 Oktober 2022

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Ruang Alamanda 2 RSUD Sleman

Oleh : Hana Nurjannah

Sumber data : Rekam medik, Pasien, keluarga pasien, dan perawat

Metode : Observasi, autoanamnesa, dan alloanamnesa

**A. PENGKAJIAN**

**1. Identitas**

a. Pasien

- 1) Nama pasien : Sdr. AH
- 2) Tempat tanggal lahir : Yogyakarta, 13 Desember 1997
- 3) Umur : 24 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki – laki
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Pekerjaan : Karyawan swasta
- 8) Suku/ Bangsa : Jawa/ Indonesia
- 9) Alamat : Seyegan, Sleman, Yogyakarta
- 10) Diagnosa Medis : Fracture femur sinistra
- 11) No. RM : 437xxx
- 12) Tanggal Masuk RS : 30 Oktober 2022 pukul 21.00 WIB

b. Penanggungjawab/ Keluarga

- 1) Nama : Tn. F
- 2) Tanggal lahir : 30 Agustus 1992
- 3) Umur : 30 tahun
- 4) Pendidikan : SMA
- 5) Pekerjaan : Karyawan swasta

- 6) Alamat : Seyegan, Sleman, Yogyakarta
- 7) Hubungan dengan pasien : Kakak ipar
- 8) Status perkawinan : Menikah

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Kesehatan Pasien

#### 1) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri dengan skala 4, nyeri terasa terus menerus sejak tanggal 30 Oktober malam pukul 21.00 WIB. Pasien mengatakan merasa agak cemas dengan operasi yang akan dilaksanakan besok tanggal 1 November 2022, namun karena saat ini sudah didampingi oleh kakak pasien merasa lebih tenang. Kondisi umum pasien baik, kesadaran CM, pasien kontak mata baik, dan tampak rileks, dan lemas.

#### 2) Riwayat kesehatan sekarang

##### a) Alasan masuk RS

Pasien kecelakaan lalu lintas motor vs mobil, pasien mengatakan sesaat setelah kejadian kecelakaan tidak sadarkan diri dan lemas, pasien mengatakan tidak mengingat kejadian kecelakaan. Pasien dengan closed fracture femur sinistra pre operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) dan terdapat *Vulnus Laceratum Mandibula*.

##### b) Riwayat Kesehatan Pasien

Pasien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan terakhir. Pasien mengatakan ini adalah kali pertama pasien mengalami kecelakaan dan mengalami patah tulang. Pasien memiliki riwayat alergi dingin. Apabila sedang kambuh timbul bintik – bintik, kemerahan, dan gatal, lalu pasien mengatakan akan sembuh bila minum obat CTM (Chlorpeniramine Maleat). Pasien masuk ke RS karena kecelakaan yang terjadi di depan RSUD Sleman dan langsung dibawa ke IGD.

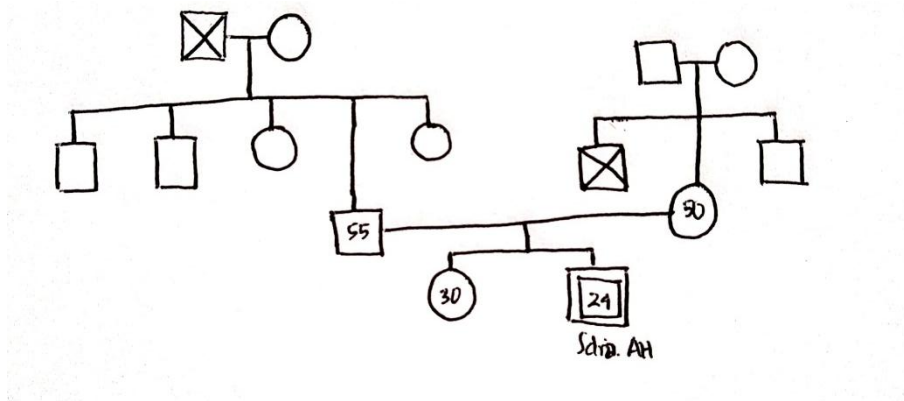
Setelah itu selama di IGD pasien dilakukan tindakan pemasangan infus, *hecting* pada *vulnus laceratum mandibula* sebanyak 5 jahitan pada pukul 21.20 WIB, pemberian obat injeksi Ceftriaxone 1 gr pukul 00.30 WIB, injeksi ketorolax 30 mg pukul 21.30, dan injeksi Asam Tranexamat 500 mg pukul 21.30 WIB, pengambilan darah vena untuk pemeriksaan laboratorium pukul 21.46 WIB untuk pemeriksaan darah lengkap dan kimia klinik, serta terpasang *skin traction* dengan beban  $\pm$  5 kg botol dengan air mineral sejak dari IGD setelah dilakukan rontgent. Pasien juga melakukan pemeriksaan rontgent thorax pada pukul 23.30 WIB. Setelah itu pasien dipindahkan ke ruang perawatan Alamanda 2 pada pukul 06.30 WIB oleh perawat IGD dan dijadwalkan untuk operasi ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) pada tanggal 1 November 2022 pukul 10.00 WIB di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Sleman.

### 3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit lain seperti diabetes mellitus, hipertensi, kelainan jantung, maupun penyakit serius lainnya. Pasien mengatakan memiliki riwayat alergi dingin dan bila terjadi kekambuhan akan timbul bintik – bintik, kemerahan, dan gatal, akan kambuh bila cuaca dingin dan berada di ruangan yang terlalu dingin, namun sembuh bila diberi minyak atau bila tidak sembuh maka klien akan meminum obat CTM (Chlorpeniramine Maleat) dan mengatakan sembuh. Sehingga, pasien akan meminum obat bila terjadi gatal dan kemerahan yang tak kunjung hilang dalam waktu 24 jam. Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok, vape, maupun konsumsi alkohol.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Keterangan:

- |     |                       |       |                   |
|-----|-----------------------|-------|-------------------|
| □   | : Laki – laki         | ⊗/⊗   | : Meninggal dunia |
| ○   | : Perempuan           |       | : Anak/ keturunan |
| ⊙/⊙ | : Pasien              | ----- | : Tinggal serumah |
| —   | : Hubungan pernikahan | ≠     | : Cerai           |

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yaitu Ibu kandung pasien dengan riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi sudah sejak lama. Pasien juga mengatakan Ibu kandung pasien memiliki riwayat stroke pada tahun 2017.

3. Kesehatan Fungsional (11 Pola Gordon)

a. Nutrisi – Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit memiliki nafsu makan yang baik, dengan porsi makanan yang cukup menurut pasien, nasi 1 piring dengan lauk dan sayur namun kadang – kadang. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan ataupun minuman, tidak mengonsumsi alkohol. Pasien mengatakan ada mengonsumsi teh dan kopi seminggu kadang 3 – 4 kali. Saat di rumah sakit tidak ada penurunan nafsu

makan, pasien mengatakan selalu menghabiskan makanan yang diberikan, kadang tersisa sedikit namun lebih sering habis. Sebelum sakit pasien minum sekitar 1.500 – 2.000 ml/ hari campuran dari air putih, teh/ kopi. Sedangkan saat sakit pasien mengatakan konsumsi air putih sekitar 1.200 – 1.500 ml (sekitar 2 botol air mineral tanggung). Berat badan pasien stabil, sebelum masuk ke RS berat badan pasien 70 kg dan saat di rumah sakit berat badan pasien tetap di 70 kg. Turgor kulit pasien baik teraba hangat, kulit lembab berwarna sawo matang, mukosa mulut lembab, bibir lembab, tampak merah kehitaman, tidak ada luka di daerah mulut dan bibir, konjungtiva tidak anemis, CPR < 2 detik.

b. Eliminasi

Sebelum masuk ke rumah sakit pasien mengatakan buang air besar sekali dalam sehari kadang di pagi hari kadang di sore hari secara mandiri dengan warna feses kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Buang air kecil pasien sebelum masuk ke rumah sakit sebanyak 6 – 7 kali dalam sehari dengan warna urine kuning keruh, kadang jernih kekuningan, berbau khas amoniak, tidak ada keluhan dalam buang air kecil maupun buang air besar. Setelah masuk ke rumah sakit pasien mengatakan belum buang air besar, untuk buang air kecil pasien terpasang kateter sejak tanggal 30 Oktober 2022 pukul 22.00 WIB di IGD. Produk urin banyak sekitar 1.000 – 1.300 cc dalam sehari, berwarna jernih kekuningan. Pasien tidak mampu ke toilet secara mandiri untuk buang air besar dan kecil karena fracture femur sinistra sehingga ada hambatan mobilitas pada pasien.

c. Aktivitas/ latihan

1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Kegiatan pasien sebelum masuk rumah sakit sehari – hari sebagai karyawan swasta di salah satu perusahaan di Karawang, Jakarta Barat. Pasien dapat melakukan aktivitas sehari – hari seperti *bathing, toileting, eating, moving, ambulation*, dan *walking* secara

mandiri. Selama di rumah sakit pasien hanya tirah baring saja dan melakukan kegiatan lainnya dengan bantuan orang lain.

2) Keadaan pernafasaan

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit asma ataupun riwayat penyakit paru – paru lainnya. Pasien juga mengatakan dalam keluarga tidak ada riwayat asma dan penyakit paru – paru lainnya. Selama di rawat SpO2 pasien dalam batas norma antara (96 – 98)%, RR (18 – 20) kali/menit.

3) Keadaan kardiovasakuler

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung. Kondisi kardiovaskuler dalam batas normal.

4) Skala ketergantungan

a) Sebelum sakit

Tabel 1.1 Skala Ketergantungan Sebelum Sakit

Aktivitas	Keterangan				
	0	1	2	3	4
<i>Bathing</i>	✓				
<i>Toileting</i>	✓				
<i>Eating</i>	✓				
<i>Moving</i>	✓				
<i>Ambulation</i>	✓				
<i>Walking</i>	✓				

b) Saat sakit

Tabel 1.2 Skala Ketergantungan Saat Sakit

Aktivitas	Keterangan				
	0	1	2	3	4
<i>Bathing</i>			✓		
<i>Toileting</i>		✓			
<i>Eating</i>			✓		
<i>Moving</i>				✓	
<i>Ambulation</i>				✓	
<i>Walking</i>				✓	

Keterangan:

- 0 : Mandiri/ tidak tergantung apapun
- 1 : Dibantu dengan alat
- 2 : Dibantu orang lain
- 3 : Dibantu alat dan orang lain
- 4 : Tergantung total

d. Istirahat/ tidur

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit tidak memiliki gangguan tidur. Pasien berangkat tidur biasanya pukul 22.00 WIB atau 23.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB. Pasien mengatakan tidak kekurangan waktu tidur, biasanya waktu tidur sekitar 6 – 7 jam. Pasien mengatakan jarang begadang, hanya bila pasien mengerjakan lemburan di kantor saja. Selama sakit pasien mengatakan tidur seperti biasa dan terbangun di tengah tidur bila kesakitan, lalu pasien akan tidur lagi sampai pagi. Pasien mengatakan selama di rumah sakit menjadi sering tidur siang.

e. Persepsi, pemilihan, dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan di perusahaannya selalu ada *medical check up* setiap satu tahun sekali dan mengatakan hasilnya selalu baik dan tidak ada keluhan. Pasien juga mengatakan bila tekanan darah selalu dalam batas normal. Pasien mengatakan mengikuti program BPJS. Apabila pasien sakit, maka pasien akan berobat ke klinik terdekat, puskesmas, atau ke rumah sakit terdekat. Pasien mengatakan selalu olah raga rutin minimal seminggu sekali, karena menjaga kebugaran tubuh itu sangat penting.

f. Pola toleransi terhadap stress – koping

Pasien mengatakan apabila memiliki masalah akan bercerita kepada teman dekatnya atau berunding dengan kakak. Apabila masalah yang dihadapi pasien tidak dapat terselesaikan pasien mengatakan akan merundingkannya dan meminta tolong kepada orang tuanya. Pasien mengatakan kecelakaan ini terjadi karena sudah takdir dan pasrah

kepada Allah SWT. Pasien juga mengatakan sedikit cemas untuk operasi, namun sudah pasrah karena menginginkan kesembuhan segera. Pasien juga membuat komitmen untuk selanjutnya akan lebih berhati – hati dalam apapun terutama berkendara.

g. Pola Hubungan Peran

Pasien sudah tidak tinggal bersama kedua orangtuanya semenjak bekerja merantau ke Jakarta. Di Jakarta pasien tinggal di kost bersama dengan teman – teman satu perusahaannya. Selama tinggal berjauhan dengan orang tua pasien tetap menjaga hubungan baik dengan kedua orang tuanya dengan telepon atau saling mengirim pesan. Pasien juga memiliki hubungan yang baik dan tidak pernah terlibat perkelahian ataupun cek – cok dengan teman – teman kerjanya. Pasien memiliki teman dekat yang menjadi teman cerita tentang kondisi masing – masing. Peran dalam keluarga pasien adalah anak terakhir dari 3 bersaudara, belum menikah, dan membantu memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga dengan bekerja.

h. Kognitif dan Persepsi

Pasien masih dalam usia produktif tidak ada gangguan kognitif ataupun gangguan pada syaraf. Pasien mampu membaca, menulis, dan memahami semua penjelasan yang diberikan perawat, gizi, dokter, fisioterapi, maupun petugas kesehatan lainnya.

i. Persepsi Diri – Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Pasien mengatakan dirinya adalah anak terakhir dari 3 bersaudara. Pasien mengatakan merasa berat badannya naik selama di Jakarta dan merasa gemuk saat ini. Pasien mengatakan berat badan 70kg dengan tinggi badan 170 cm. Pasien merasa merepotkan semua orang dan membuat khawatir keluarga lainnya. Pasien mengatakan khawatir dan merasa bersalah kepada teman dekat yang diboncengnya karena teman dekatnya juga menjadi luka dan harus di rawat di rumah sakit yang sama. Pasien mengatakan tidak akan



merasa minder dengan luka post operasi karena sudah menerima keadaan yang saat ini harus dihadapi.

## 2) Harga Diri

Pasien mengatakan semua yang terjadi atas kehendak Allah SWT. Tidak ada tanda – tanda harga diri rendah yang muncul pada pasien. Pasien sangat yakin dan percaya diri apabila mengikuti saran dari dokter dan perawat, serta mengikuti semua pengobatan, dan makan minum secara teratur maka akan mempercepat penyembuhannya. Sehingga pasien selalu antusias dan sangat memperhatikan dengan kontak mata yang baik saat diberikan penjelasan oleh tim kesehatan. Pasien juga mengajukan pertanyaan bila diberikan penjelasan dan dapat mengikuti instruksi dari perawat, dokter, ataupun tim kesehatan lain.

## 3) Peran Diri

Peran pasien dalam keluarga adalah anak bungsu dari 3 bersaudara. Pasien mengatakan membantu keluarga dalam kebutuhan ekonomi dengan bekerja.

## 4) Ideal Diri

Pasien mengatakan di hari biasa pasti memiliki rutinitas bekerja, namun selama sakit pasien jadi tidak bisa bekerja. Pasien berkunjung ke Jogja bertujuan untuk liburan namun terkena musibah kecelakaan, sehingga tidak bisa segera kembali ke Jakarta untuk bekerja. Pasien berharap dengan selalu mengikuti arahan dan pengobatan yang diberikan dapat mempercepat penyembuhan pasien. Sehingga pasien dapat segera kembali beraktivitas seperti biasa, bekerja, dan tidak merepotkan orang lain lagi.

## 5) Identitas Diri

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki – laki anak bungsu dari kedua orang tuanya. Pasien berusia 24 tahun dan sudah memiliki pekerjaan tetap. Pasien mengatakan belum menikah dan belum memiliki anak.

j. Reproduksi dan Kesehatan

Pasien adalah anak laki – laki bungsu dari 3 bersaudara. Pasien berusia 24 tahun dan belum menikah.

k. Keyakinan dan Nilai

Pasien beragama islam. Pasien selalu melaksanakan sholat 5 waktu, selama sakit pasien sholat di bed dengan berbaring. Pasien mengatakan tidak memiliki nilai – nilai yang bertentangan dengan agama maupun masyarakat. Pasien optimis untuk sembuh karena ingin segera kembali pulang dan berkumpul dengan keluarga yang lain.

4. Skala Kecemasan

Tabel 1.3 *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS)

No.	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Ragu – ragu	Setuju	Sangat setuju
1.	Saya takut dibius	①	2	3	4	5
2.	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan	1	②	3	4	5
3.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang pembiusan	1	②	3	4	5
4.	Saya takut dioperasi	1	②	3	4	5
5.	Saya terus menerus memikirkan operasi	1	②	3	4	5
6.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi	1	2	③	4	5
<b>Total skor</b>		<b>12</b>				

Kriteria penilaian:

- Skor 6 : tidak cemas/ normal
- Skor 7 – 12 : cemas ringan
- Skor 13 – 18 : cemas sedang
- Skor 19 – 24 : cemas berat
- Skor 25 – 30 : panik

## 5. *Discharge Planning/ Perencanaan Pulang*

- a. Edukasi kontrol sesuai jadwal
- b. Edukasi minum obat secara teratur sesuai dosis
- c. Edukasi minum obat antibiotik harus habis
- d. Edukasi manajemen nyeri non farmakologi dengan teknik genggam jari
- e. Edukasi pencegahan infeksi pada luka post operasi
- f. Edukasi diit tinggi kalori tinggi protein

## 6. **Pemeriksaan Fisik**

### a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Composmentis E4 V5 M6

2) Status Gizi :

TB : 170 cm

BB : 70 kg

IMT : 24,22 kg/m<sup>2</sup>

3) Tanda Vital :

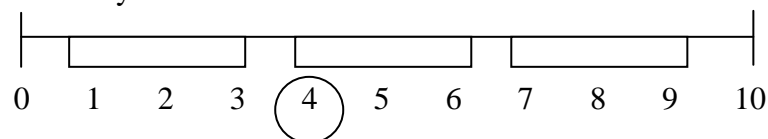
TD : 142/ 87 mmHg

HR : 94 kali/ menit

RR : 20 kali/ menit

T : 36.5°C

4) Skala Nyeri



Tidak  
nyeri

Nyeri ringan

Nyeri sedang

Nyeri berat  
terkontrol

Nyeri  
berat tidak  
terkontrol

Pengkajian nyeri:

- a) P : pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri akibat kecelakaan dan nyeri terasa bertambah bila digerakkan
- b) Q : nyeri terasa nyut – nyutan
- c) R : nyeri terasa di seluruh kaki kiri terus menerus
- d) S : skala nyeri 4

e) T : nyeri dirasakan terus menerus

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (Cephalo – Caudal)

1) Kulit :

Kulit pasien berwarna sawo matang, lembab, tampak banyak rambut, tidak ada edema, tampak lecet – pecet pada kaki kanan dan kiri, turgor kulit baik < 2 detik, dan CRT < 2 detik.

2) Kepala :

Kepala pasien mesocephal, wajah tampak simetris, ada luka *hecting* pada *vulnus laceratum mandibula* sebanyak 5 jahitan, tampak berkumis dan berjenggot tipis. Hidung dan telinga pasien simetris, tidak ada luka, tidak ada perdarahan atau cairan yang keluar dari telinga, hidung, dan mata. Indra penciuman dan pendengaran pasien berfungsi dengan baik, tidak ada sumbatan jalan nafar, pasien tidak mendapatkan terapi O<sub>2</sub>. Sklera pasien tidak tampak ikterik, fungsi pupil isokor, konjungtiva tidak anemin, respons terhadap cahaya baik. Membran mukosa lembab, bibir lembab, gigi dan mulut tampak bersih.

3) Leher :

Pembuluh darah vena jugularis teraba, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan getah bening JVP 5+3 cm, dan tidak ada edema. Tidak tampak lesi ataupun luka jejas pada bagian leher pasien, tidak ada gangguan menelan, tidak ada nyeri tekan, dan tidak tampak adanya penggunaan otot bantu nafas.

4) Tengkuluk :

Tidak tampak adanya kelainan, tidak ada nyeri tekan, tak tampak adanya lesi ataupun luka jejas pada tengkuluk pasien, serta tidak ada perubahan warna kulit.

5) Dada

a) Inspeksi :

Bentuk dada simetris, warna kulit merata, tidak tampak adanya luka jejas, tidak tampak adanya penggunaan otot bantu nafas,

gerakan dada saat bernafas simetris, ekspansi dada maksimal, tidak ada penampakan perluasan ictus cordis, tidak ada *flail chest*, irama nafas teratur dalam batas normal (18 – 20) kali/menit

b) Palpasi :

Tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis tidak terlihat, tidak ada krepitasi.

c) Perkusi :

Paru : Terdapat bunyi suara sonor

Jantung : terdapat suara resonan

d) Auskultasi :

Paru :

Suara nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronkhi, *weheezing*, ataupun *snoring*.

Jantung :

Suara jantung S1 – S2 reguler, terdengar bunyi lup dup, tidak ada suara tambahan.

6) Payudara :

Payudara tampak simetris, tidak ada tattoo, bekas luka, jejas, warna kulit merata, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada kemerahan.

7) Punggung :

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi ataupun jejas, tulang belakang tampak tidak ada kelainan, tidak ada luka dekubitus.

8) Abdomen :

a) Inspeksi :

Tidak ada luka, jejas, tidak ada asites, pusar bersih tidak ada pembengkakan

b) Auskultasi : bising usus terdengar 8x/menit

c) Perkusi : terdengar bunyi thympani

d) Palpasi : tidak teraba massa, tidak ada pembengkakan hepar, tidak ada nyeri tekan

9) Anus dan Rectum : tidak ada kelainan

10) Genetalia :

Terpasang urine catheter dengan produk yang keluar urine 400 cc, konsistensi cair, berbau khas amoniak, berwarna kuning pekat

11) Esktrimitas :

a) Atas :

Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kanan dapat bergerak dengan bebas, tidak tampak ada luka lecet, terdapat banyak bulu – bulu halus, kekuatan otot normal (5), jari pad kedua tangan lengkap, akril hangat, tidak ada deformitas, turgor kulit < 2 detik.

b) Bawah :

Terdapat luka lecet pada kaki kiri, kaki kiri terpasang skin traksi dengan beban  $\pm$  5 kg menggunakan botol berisi air mineral (5 liter), terdapat banyak rambut halus pada kedua kaki, kekuatan otot kaki kanan normal (5), kaki kiri hanya dapat mengerakkan ujung jari (1), akril teraba hangat, kaki kiri tampak lebih besar daripada kaki kanan (ada bengkak pada paha kiri), kaki kiri kaku.

Tabel 1.4 Pengkajian VIP Score (*Visual Infusion Phlebitis*)  
Skor visual flebitis pada luka tusukan infus di tangan kanan Tn. A

<b>Tanda yang ditemukan</b>	<b>Skor</b>	<b>Rencana tindakan</b>
Tempat suntikan tampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis - Observasi kanula
Salah satu dari berikut terlihat jelas: - Nyeri tempat suntikan - Eritema tempat suntikan	1	Mungkin ada tanda dini flebitis - Observasi kanula
Dua dari berikut jelas: - Nyeri sepanjang kanula - Eritema - Pembengkakan	2	Stadium dini flebitis - Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas: - Nyeri sepanjang kanula - Eritema - Indurasi	3	Stadium moderat flebitis - Ganti kanula - Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas: - Nyeri sepanjang kanula - Eritema	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis - Ganti kanula

Tanda yang ditemukan	Skor	Rencana tindakan
- Indurasi - Venous cord teraba	○	- Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas: - Nyeri sepanjang kanula - Eritema - Indurasi - Venous cord teraba - Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis - Ganti kanula - Lakukan terapi

\*) Lingkari pada skor yang sesuai tanda yang muncul

Tabel 1.5 Pengkajian Risiko Jatuh Pasien Dewasa (Skala Morse) Tn. A di ruang Alamanda 2 RSUD Sleman Yogyakarta

No.	Informasi tentang Risiko Jatuh	Skala		Skor
1.	Riwayat jatuh: baru – baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0	25
		Ya	25	
2.	Apakah pasien mempunyai diagnosis sekunder	Tidak	0	0
		Ya	15	
3.	<b>Alat Bantu Gerak</b>			0
	<i>Bed rest/</i> dibantu perawat/ tanpa alat bantu	0		
	<i>Walker/</i> kruk/ tongkat	15		
	Mebel/ berpegangan pada benda sekitar	30		
4.	Mendapat terapi intravena	Tidak	0	20
		Ya	20	
5.	Normal/ <i>bed rest/ mobile</i> (tidak dapat bergerak sendiri)	0		10
	Lemah (tidak bertenaga)	10		
	Impair/ gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)	20		
6.	<b>Status Mental</b>			0
	Orientasi terhadap kemampuan diri baik	0		
	Orientasi tidak realistik	15		
	<b>Total skor</b>			<b>55</b>
	<b>Lingkari golongan skor risiko jatuh setelah penilaian</b>	Risrgn/ rissdg (risti)		
	Keterangan: Risiko Tinggi (risti): $\geq 45$ Risiko Sedang (rissdg): 25 – 44 Risiko ringan (risrgn): 0 – 24	Tanggal penilaian: 31/ 11/ 2022		

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 1.6 Pemeriksaan Laboratorium Tn. A di Ruang Alamanda 2  
Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Tanggal Pemeriksaan: 30 Oktober 2022

Pukul: 21.46 WIB

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HBsAg (ECLIA)	Non reaktif	COI	<= 0.9 Non reaktif < 0.9 – 1.0 Borderline >= 1.0 Reaktif
Rapid Antigen SARS CoV 2	Negatif		Negatif
<b>KIMIA KLINIK</b>			
<b>Fungsi Ginjal</b>			
Ureum	19.0	mg/dL	10 – 50
Kreatinin	0.90	mg/dL	0.7 – 1.2
<b>Karbohidrat</b>			
Glukosa Darah Sewaktu	<b>149</b>	mg/dL	74 – 106
<b>Elektrolit</b>			
Natrium (Na)	137.0	mmol/L	135 – 148
Kalium (K)	3.50	mmol/L	3.5 – 5.3
Klorida (Cl)	99.1	mmol/L	98 – 107

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

Tabel 1.7 Pemeriksaan Laboratorium Tn. A di Ruang Alamanda 2  
Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Tanggal Pemeriksaan: 30 Oktober 2022

Pukul: 21.46 WIB

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Hematologi Rutin</b>			
Hemoglobin	16.2	gr/dl	L: 14 – 18
Hematokrit	47	%	42 – 52
Leukosit	<b>15.0</b>	ribu/uL	4.5 – 11.0
Eritrosit	5.65	juta/uL	4.7 – 6.1
Trombosit	285	ribu/uL	150 – 440
MPV	9.1	fL	7.2 – 11.1
PDW	10.4	fL	9 – 13
<b>Index Eritrosit</b>			
RDW – CV	12.0	%	11.5 – 14.5
MCV	83.7	fL	80 – 100
MCH	28.7	pg	26 – 36
MCHC	34.2	%	32 – 36
<b>Hitung Jenis Leukosit</b>			
Basofil	0.2	%	0 – 1
Monosit	4.9	%	4 – 8



Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Eosinofil	3.1	%	1 – 6
Limfosit	25.9	%	22 – 40
Neutrofil	65.9	%	40 – 70
<b>Golongan Darah + Rhesus</b>			
Golongan Darah	O		
Rhesus Faktor	POSITIF		
<b>HEMOSTATIS</b>			
PT	13.6	detik	9 – 15
PT Control	12.7	detik	
INR	1.00		0.8 – 1.2
APTT	22.8	detik	22 – 35
APTT Control	26.0	detik	

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

Tabel 1.8 Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi) Tn. A di Ruang Alamanda 2 Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Normal
31/ 10/ 2022 Pukul: 06.22 WIB	<b>HEMATOLOGI</b>		
	<b>Jumlah sel darah</b>		
	Hemoglobin	14.9 gr/dL	L: 14 – 18
31/10/2022 Pukul: 12.03 WIB (Pre Operasi ORIF Femur Sinistra)	<b>HEMATOLOGI</b>		
	<b>Jumlah sel darah</b>		
	Hemoglobin	15.0 gr/dL	L: 14 – 18
01/11/2022 Pukul: 16.44 WIB (Post Operasi ORIF Femur Sinistra)	<b>HEMATOLOGI</b>		
	<b>Jumlah sel darah</b>		
	Hemoglobin	13.5 gr/dL	L: 14 – 18

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

Tabel 1.9 Pemeriksaan Laboratorium Tn. A di Ruang Alamanda 2 Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Yogyakarta

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Normal
31/10/2022 Pukul: 09.20 WIB (Pre Operasi ORIF Femur Sinistra)	<b>BIMOLEKULER</b>		
	<b>Tes PCR</b>		
	PCR SARS – CoV – 2	Negatif	Negatif
	Gen E	-	Cut off < 45
	Gen N2	-	

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

## 2. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Tabel 1.10 Hasil Pemeriksaan Radiologi Tn. A di Ruang Alamanda 2  
Rumah Sakit Umum Daerah Sleman, Yogyakarta

Hari/ tanggal, Waktu Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Kesan/ Interpretasi
30/10/2022 Pukul: 22.04 WIB	Rontgent: 1. Thorax dewasa KLAS 2 – 3 2. Femur KLAS 2 – 3 3. Pelvis KLAS 2 – 3	Foto Thorax AP view, posisi supine, simetris, inspirasi, dan kondisi cukup dengan hasil: - Tampak corakan bronchovaskular normal - Kedua diafragma licin - Pleural space tak menebal - Cor, CTR < 0.56 - Sistema tulang yang tervisualisasi intak Kesan: - Pulmo tak tampak kelainan - Besar cor normal  Foto Pelvis AP view, femur sinistra AP lat view, kondisi cukup dengan hasil: - Tak tampak soft tissue swelling - Struktur dan trabekulasi tulang baik - Facies articularis licin - Joint of space tak melebar/ menyempit - Tak tampak osteofit - Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum - Shenton line dan skinner line baik dan simetris - Tampak diskontinuitas komplis multiple femur pars tertia proximal, aposisi dan aligment jelek Kesan: - Fraktur kominutif femur sinistra pars tertia proxima - Tak tampak kelainan pada ossa pelvis
01/11/2022 Pukul: 13.25 WIB (Post Operasi)	Rontgent: Femur KLAS 2 – 3	Foto femur sinistra, AP dan lateral view, kondisi cukup, hasil: post ORIF - Tampak soft tissue swelling

<b>Hari/ tanggal, Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Kesan/ Interpretasi</b>
ORIF Femur Sinistra)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabekulasi tulang baik</li> <li>- Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum</li> <li>- Tampak garis fraktur di femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate dan screw</li> </ul> Aposisi dan alignment: baik Kesan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur completa femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate screw</li> </ul> Aposisi dan alignment: baik

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

### 8. Terapi

Tabel 1.11 Pemberian Terapi Pasien Tn. A di Ruang Alamanda 2 Rumah Sakit Umum Daerah Sleman, Yogyakarta

<b>Hari, tanggal</b>	<b>Obat</b>	<b>Dosis/ satuan</b>	<b>Rute</b>	<b>Jam pemberian</b>
Minggu, 30/10/2022	Ketorolac	30 mg	IV	21.30 WIB (di IGD)
	Asam Tranexamat	500 mg	IV	21.30 WIB (di IGD)
Senin, 31/10/2022	Ceftriaxone	1 gr	IV	00.30 WIB (di IGD)
	Ketorolac	30 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Asam Tranexamat	500 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Vitamin K Phytomenadione	20 mg	IV	06.00 WIB (di IGD) (13.00; 21.00) WIB
Selasa, 01/11/2022	Ceftriaxone	1 gr	IV	/12 jam (05.00; 17.00) WIB
	Ketorolac	30 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00)

<b>Hari, tanggal</b>	<b>Obat</b>	<b>Dosis/ satuan</b>	<b>Rute</b>	<b>Jam pemberian</b>
				WIB
	Asam Tranexamat	500 mg	IV	05.00; STOP
	Vitamin K Phytomenadione	20 mg	IV	05.00; STOP
	Ondansetron (Post Operasi ORIF Femur Sinistra)	4 mg	IV	/8 jam mulai jam 21.00 WIB
Selasa, 01/11/2022	Diit tinggi kalori tinggi protein	3 kali	oral	Pagi, siang, sore
Selasa 01/11/2022	ORIF ( <i>Open Reduction Internal FIxation</i> )	-	-	09.00 WIB
Rabu, 02/11/2022	Ceftriaxone	1 gr	IV	/12 jam (05.00; 17.00) WIB
	Ketorolac	30 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Ondansetron	4 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Zinc	20 mg	PO	/24 jam 18.00 WIB
Rabu, 02/11/2022	Fisioterapi	1 kali sehari	-	11.00 WIB
Kamis, 03/11/2022	Ceftriaxone	1 gr	IV	/12 jam (05.00; 17.00) WIB
	Ketorolac	30 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Ondansetron	4 mg	IV	/8 jam (05.00; 13.00; 21.00) WIB
	Zinc	20 mg	PO	/24 jam 18.00 WIB

Hari, tanggal	Obat	Dosis/ satuan	Rute	Jam pemberian
Jum'at 04/11/2022	-	-	-	-

(Sumber Data Sekunder: RM Pasien)

## B. ANALISIS DATA

### 1. Analisis Data Pre Operasi (31/10/ 2022 Pukul: 09.30 WIB)

Data	Masalah	Penyebab
<p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan lemas dan pusing</li> <li>P : Pasien mengatakan nyeri karena patah pada tulang paha, nyeri bertambah bila kaki dipegang atau digerakkan sedikit</li> <li>Q : nyeri terasa nyut – nyutan terus menerus</li> <li>R : nyeri terasa pada kaki kiri</li> <li>S : skala nyeri 4</li> <li>T : nyeri dirasakan terus menerus</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien masuk dengan diagnosa medis fracture femur sinistra</li> <li>Terdapat hasil rontgent femur: Foto Pelvis AP view, femur sinistra AP lat view, kondisi cukup dengan hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tak tampak soft tissue swelling</li> <li>- Struktur dan trabekulasi tulang baik</li> <li>- Facies articularis licin</li> <li>- Joint of space tak melebar/ menyempit</li> <li>- Tak tampak osteofit</li> <li>- Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum</li> </ul> </li> </ol>	<p>Nyeri akut (<b>SDKI D.0077</b> <b>Hal.172</b>)</p>	<p>Agen pencidera fisik (fracture femur sinistra)</p>

Data	Masalah	Penyebab
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shenton line dan skinner line baik dan simetris</li> <li>- Tampak diskontinuitas komplis multiple femur pars tertial proximal, aposisi dan aligment jelek</li> </ul> <p>Kesan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur kominutif femur sinistra pars tertial proxima</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tak tampak kelainan pada ossa pelvis</li> <li>4. Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>5. TD: 142/87 mmHg</li> <li>6. HR: 82 kali/ menit</li> <li>7. T: 36.5°C</li> <li>8. RR: 20 kali/ menit</li> </ol>		
<p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan semalam sulit tidur karena menahan sakit nyeri pada kaki kiri</li> <li>2. Pasien mengatakan tidak takut akan operasi karena ingin segera sembuh</li> <li>3. Pasien mengatakan lebih tenang karena ditemani kakak dan anggota keluarga lain</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak rileks</li> <li>2. Kontak mata pasien baik</li> <li>3. RR: 20 kali/ menit</li> <li>4. TD: 130/68 mmHG</li> <li>5. HR: 86 kali/ menit</li> <li>6. T: 36.4 °C</li> <li>7. Hasil pengukuran APAIS: 12 (cemas ringan)</li> </ol>	<p>Ansietas <b>(SDKI D.0080 Hal.180)</b></p>	<p>Kritis situasional: rencana prosedur operasi ORIF pada tanggal 01/11/2022</p>

2. Analisis Data Post Operasi (01/11/2022 Pukul: 13.40 WIB)

<b>Data</b>	<b>Masalah</b>	<b>Penyebab</b>
<p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan lemas</li> <li>2. P : Pasien mengatakan nyeri bila kaki digerakkan dan bergeser</li> <li>3. Q : nyeri terasa berdenyut</li> <li>4. R : nyeri terasa pada kaki kiri dari paha kebawah</li> <li>5. S : skala nyeri 6</li> <li>6. T : nyeri dirasakan terus menerus</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi ORIF Femur Sinistra</li> <li>2. Terdapat hasil rontgent post operasi ORIF: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak soft tissue swelling</li> <li>- Trabekulasi tulang baik</li> <li>- Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum</li> <li>- Tampak garis fraktur di femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate dan screw</li> </ul> </li> </ol> <p>Aposisi dan alignment: baik</p> <p>Kesan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur completa femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate screw</li> <li>- Aposisi dan alignment: baik</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. TD: 121/71 mmHg</li> <li>4. HR: 83 kali/ menit</li> <li>5. T: 36.1°C</li> <li>6. RR: 20 kali/ menit</li> <li>7. SpO2: 96%</li> </ol>	<p>Nyeri akut (<b>SDKI D.0077</b> <b>Hal.172</b>)</p>	<p>Agen pencidera fisik (prosedur operasi post ORIF Femur Sinistra)</p>
<p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak berani menggerakkan kakinya</li> <li>2. Pasien mengatakan kaki kirinya terasa berat</li> <li>3. Pasien mengatakan</li> </ol>	<p>Gangguan mobilitas fisik (<b>SDKI D.0054</b> <b>Hal.124</b>)</p>	<p>Kerusakan integritas struktur tulang (Post ORIF Femur Sinistra)</p>

<b>Data</b>	<b>Masalah</b>	<b>Penyebab</b>
<p>kakinya terasa nyeri dengan skala 6</p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, terpasang drain dengan produk darah <math>\pm</math> 200 cc</li> <li>2. Kekuatan otot ekstrimitas bawah pada kaki kiri 1</li> <li>3. Pasien post ORIF terpasang <i>Orthopaedic plate</i> dengan 10 hole</li> </ol>		
<p><b>DS: -</b></p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi ORIF fraktur femur sinistra dengan <i>regional anesthesi</i> (RA) dengan teknik anestesi SAB (<i>Spinal Aensthesia or Ubarachnoid Block</i>)</li> <li>2. Terdapat balutan luka post operasi dengan verban elastis tampak bersih</li> <li>3. Terdapat balutan luka post <i>hecting</i> pada <i>vulnus laceratum mandibula</i> sebanyak 5 jahitan</li> </ol>	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan (<b>SDKI D.0192 Hal.282</b>)</p>	<p>Faktor mekanis: Post ORIF fraktur femur sinistra</p>
<p><b>DS: -</b></p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, terpasang drain dengan produk darah <math>\pm</math> 200 cc</li> <li>2. Pasien mendapatkan obat asam tranexamat 500</li> </ol>	<p>Risiko perdarahan (<b>SDKI D.0012 Hal.42</b>)</p>	<p>-</p>



Data	Masalah	Penyebab
mg/8 jam IV dan Vitamin K 20 mg/ 8 jam		
<p><b>DS: -</b></p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, tidak ada rembesan terpasang drain dengan produk darah <math>\pm</math> 200 cc</li> <li>2. Terdapat balutan <i>hecting</i> pada <i>vulnus laceratum mandibula</i> sebanyak 5 jahitan, balutan tampak baik, tidak rembes.</li> <li>3. Pasien mendapatkan obat antibiotik Ceftriaxone 1 gr/12 jam IV</li> <li>4. Hasil pemeriksaan Hb pasien mengalami penurunan pre operasi 15,0 gr/dL dan post operasi 13,5 gr/dL</li> </ol>	<p>Risiko infeksi (<b>SDKI D.0142</b> <b>Hal.304</b>)</p>	-

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

#### Diagnosa Pre Operasi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (fraktur femur sinistra) Pasien mengatakan lemas dan pusing, P : Pasien mengatakan nyeri karena patah pada tulang paha, Q : nyeri terasa nyut – nyutan terus meneru, R : nyeri terasa pada kaki kiri, S : skala nyeri 4, T : nyeri dirasakan terus menerus, pasien masuk dengan diagnosa medis fracture femur sinistra, Terdapat hasil rontgent femur: Foto Pelvis AP view, femur sinistra AP lat view, kondisi cukup dengan hasil: Tak tampak soft tissue swelling Struktur dan trabekulasi tulang baik, Facies articularis licin, Joint of space tak melebar/ menyempit, Tak tampak osteofit, Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum, Shenton line dan skinner line baik dan

simetris, Tampak diskontinuitas komplit multiple femur pars tertia proximal, aposisi dan aligment jele, Kesan: Fraktur kominutif femur sinistra pars tertia proxima, Tak tampak kelainan pada ossa pelvis Pasien tampak meringis kesakitan, TD: 142/87 mmHg, HR: 82 kali/ menit, T: 36.5°C, RR: 20 kali/ menit

2. Ansietas berhubungan dengan kritis situasional: rencana prosedur operasi ORIF pada tanggal 01/11/2022 ditandai dengan pasien mengatakan semalam sulit tidur karena menahan sakit nyeri pada kaki kiri, tidak takut akan operasi karena ingin segera sembuh, lebih tenang karena ditemani kakak dan anggota keluarga lain, Pasien tampak rileks, Kontak mata pasien baik, RR: 20 kali/ menit, TD: 130/68 mmHG, HR: 86 kali/ menit, T: 36.4 °C, Hasil pengukuran APAIS: 12 (cemas ringan)

#### **Diagnosa Post Operasi:**


1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencidera fisik (prosedur operasi post ORIF Femur Sinistra) ditandai dengan Pasien mengatakan lemas, P : Pasien mengatakan nyeri, Q : nyeri terasa nyut – nyutan, R : nyeri terasa pada kaki kiri dari paha kebawah, S : skala nyeri 6, T : nyeri dirasakan terus menerus, Pasien post operasi ORIF Femur Sinistra, Terdapat hasil rontgent post operasi ORIF: Tampak soft tissue swelling, Trabekulasi tulang baik, Caput femoris berada di dalam fossa acetabulum, Tampak garis fraktur di femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate dan screw, Aposisi dan alignment: baik, Kesan: Fraktur completa femur pars tertia proximal dalam fiksasi internal plate screw, Aposisi dan alignment: baik, TD: 121/71 mmHg, HR: 83 kali/ menit, T: 36.1°C, RR: 20 kali/ menit, SpO2: 96%
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (Post ORIF Femur Sinistra) pasien mengatakan tidak berani menggerakkan kakinya, kaki kirinya terasa berat, kakinya terasa nyeri dengan skala 6, Pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, terpasang drain dengan produk darak ±

200 cc, Kekuatan otot ekstremitas bawah pada kaki kiri 1, Pasien post ORIF terpasang *Orthopaedic plate* dengan 10 hole.


3. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis: post ORIF fraktur femur sinistra ditandai dengan pasien post operasi ORIF fraktur femur sinistra dengan *regional anesthesia* (RA) dengan teknik anestesi SAB (*Spinal Aesthesia or Ubarachnoid Block*), terdapat balutan luka post operasi dengan verban elastis tampak bersih, balutan luka post *hecting* pada *vulnus laceratum mandibula* sebanyak 5 jahitan.
4. Risiko perdarahan dibuktikan dengan Pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, terpasang drain dengan produk darah  $\pm$  200 cc dan pasien mendapatkan obat asam tranexamat 500 mg/8 jam IV
5. Risiko infeksi dibuktikan dengan pasien post operasi ORIF terdapat balutan verban elastis di kaki kiri kondisi bersih, tidak ada rembesan terpasang drain dengan produk darah  $\pm$  200 cc, terdapat balutan *hecting* pada *vulnus laceratum mandibula* sebanyak 5 jahitan, balutan tampak baik, tidak rembes, pasien mendapatkan obat antibiotik Ceftriaxone 1 gr/12 jam IV, Hasil pemeriksaan Hb pasien mengalami penurunan pre operasi 15,0 gr/dL dan post operasi 13,5 gr/dL.



## D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

### 1. Perencanaan Keperawatan Pre Operasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut b.d. agen pencidera fisik (fraktur femur sinistra)	<p style="text-align: center;"><b>Tingkat Nyeri</b> (SLKI L.08066 Hal. 145)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Skala nyeri menurun menjadi &lt; 5</li> <li>3. Tekanan darah normal (110/ 80 – 120/80 mmHg)</li> <li>4. Pola nafas normal (16 – 20 kali/ menit)</li> <li>5. Nadi normal (60 – 100) kali/ menit</li> </ol> <div style="text-align: right;">   <b>Hana N</b> </div>	<p style="text-align: center;"><b>Manajemen Nyeri</b> (SIKI, I. 08238 Hal.201)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi nyeri (PQRST)</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempengaruhi pilihan/ pengawasan keefektifan intervensi</li> <li>2. Untuk mengetahui berat nyeri yang dialami pasien</li> <li>3. Mempengaruhi pilihan / pengawasan dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien</li> <li>4. Mengetahui pengaruh dari terapi komplementer pada pasien</li> <li>5. Untuk mengetahui ada tidaknya efek samping yang ditimbulkan analgetik pada pasien</li> </ol>


No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi nafas dalam dan teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>Kolaborasikan dengan dokter terkait pemberian analgetik</p>	<p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfokuskan kembali perhatian pasien, meningkatkan kontrol nyeri, dan kemampuan koping</li> <li>2. Memberikan ketenangan pada pasien</li> <li>3. Meningkatkan waktu istirahat tidur dan beradaptasi dengan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menambah pengetahuan pasien tentang nyeri</li> <li>2. Membantu mengurangi nyeri pada pasien</li> <li>3. Membantu mengontrol nyeri secara mandiri</li> <li>4. Meningkatkan kenyamanan dan membantu pasien dalam peningkatan koping mengatasi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>Analgetik dapat mengurangi pengikatan mediator kimiawi</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
			 <b>Hana N</b>	nyeri pada reseptor nyeri sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.
2.	<p>Tanggal: 31 Oktober 2022 Pukul: 10.00 WIB</p> <p>Ansietas b.d. dengan kritis situasional: rencana prosedur operasi ORIF pada tanggal 01/11/2022</p>	<p><b>Tingkat Ansietas (SLKI L.09093 Hal.132)</b></p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam sebelum operasi diharapkan tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi dalam keluhan kekhawatiran akan operasi berkurang</li> <li>2. Keluhan pusing menurun</li> <li>3. Ekspresi wajah rileks</li> <li>4. Kontak mata baik</li> <li>5. Frekuensi pernafasan dalam batas normal (16 – 20) kali/ menit</li> <li>6. Frekuensi nadi normal</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (SIKI I.09134 Hal.387)</b></p> <p><b>Observasi:</b> Monitor tanda – tanda ansietas verbal dan non verbal</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Pahami situasi yang membuat pasien ansietas</li> <li>3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan.</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan termasuk sensasi yang akan dialami</li> <li>2. Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi kepada orang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien</li> <li>2. Meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien</li> <li>3. Memberikan informasi tentang prosedur tindakan dan proses selama tindakan</li> <li>4. Memberikan informasi kepada pasien dapat membantu pasien lebih tenang dan jelas dalam mendapatkan informasi</li> <li>5. Teknik relaksasi dapat membantu pasien lebih rileks dan tenang dalam menghadapi situasi</li> </ol>


No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
		(60 – 100) kali/ menit  <b>Hana N</b>	– orang terdekat 3. Latih teknik relaksasi dengan teknik Benson: Istighfar untuk mengurangi ketegangan 4. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan dan prognosis 5. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu.  <b>Hana N</b>	



## 2. Perencanaan Keperawatan Post Operasi


No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Tanggal: 01/11/2022 Pukul: 14.00 WIB  Nyeri akut berhubungan dengan Agen	<b>Tingkat Nyeri (SLKI L.08066 Hal. 145)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan nyeri pasien menurun dengan kriteria	<b>Manajemen Nyeri (SIKI, I. 08238 Hal.201)</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi nyeri (OPQRSTUV)  2. Identifikasi skala nyeri	<b>Observasi:</b> 1. Mempengaruhi pilihan/ pengawasan keefektifan intervensi 2. Untuk mengetahui berat nyeri yang dialami pasien


No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
	pencidera fisik (prosedur operasi post ORIF Femur Sinistra)	<p>hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Skala nyeri menurun menjadi &lt; 6</li> <li>3. Tekanan darah normal (110/ 80 – 120/80 mmHg)</li> <li>4. Pola nafas normal (16 – 20 kali/ menit)</li> <li>5. Nadi normal (60 – 100) kali/ menit</li> </ol> <p style="text-align: center;"> <b>Hana N</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi genggam jari)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mempengaruhi pilihan / pengawasan dengan mengetahui faktor-faktor tersebut maka perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan masalah klien</li> <li>4. Mengetahui pengaruh dari terapi komplementer pada pasien</li> <li>5. Untuk mengetahui ada tidaknya efek samping yang ditimbulkan analgetik pada pasien</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfokuskan kembali perhatian pasien, meningkatkan kontrol nyeri, dan kemampuan koping</li> <li>2. Memberikan ketenangan pada pasien</li> <li>3. Meningkatkan waktu istirahat tidur dan</li> </ol>





No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b> Kolaborasikan dengan dokter terkait pemberian ketorolac 30 mg/ 8 jam sebagai analgetik</p> <p style="text-align: center;"> <b>Hana N</b></p>	<p>beradaptasi dengan nyeri</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menambah pengetahuan pasien tentang nyeri</li> <li>2. Membantu mengurangi nyeri pada pasien</li> <li>3. Membantu mengontrol nyeri secara mandiri</li> <li>4. Meningkatkan kenyamanan dan membantu pasien dalam peningkatan coping mengatasi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b> Obat analgetik memblokir reseptor nyeri ke otak sehingga nyeri berkurang</p>
2.	Tanggal: 01/11/2022 Pukul: 14.00 WIB	<p><b>Mobilitas Fisik</b> (SLKI L.05042 Hal.65) Setelah dilakukan tindakan keperawatan dukungan mobilisasi</p>	<p><b>Dukungan Ambulasi</b> SIKI L.06171 Hal.22</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi toleransi fisik dan keluhan fisik sebelum melakukan</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (Post ORIF Femur Sinistra)</p>	<p>selama 4 x 24 jam, diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan kaki kiri meningkat (minimal dapat bergeser perlahan)</li> <li>2. Kekuatan otot cukup meningkat dari 1 ke 2</li> <li>3. Kecemasan menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas cukup menurun</li> </ol> <p style="text-align: center;"> <b>Hana N</b></p>	<p>ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor tanda – tanda vital dan kondisi umum saat melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi (bergeser atau merubah posisi)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur tujuan ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (bergeser, menggerakkan kaki kiri secara perlahan, duduk di tempat tidur)</li> </ol> <p style="text-align: center;"> <b>Hana N</b></p>	<p>toleransi fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menegathui kondisi umum sebelum melakukan latihan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu pasien dalam latihan ambulasi</li> <li>2. Membantu pasien dalam bergerak latihan mobilisasi</li> <li>3. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mendampingi pasien saat latihan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kejelasan manfaat dan tujuan dari latihan</li> <li>2. Melatih pasien dalam ambulasi, menghindari kekakuan</li> <li>3. Gerakan sederhana dapat membantu pasien dalam melatih pergerakan otot agar tidak tegang dan kaku</li> </ol>



No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
3.	Tanggal: 01/11/2022 Pukul: 14.00 WIB	<p><b>Integritas kulit dan jaringan</b> <b>SLKI L.14125 Hal.33</b></p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Capilery refill</i> &lt; 2 detik</li> <li>2. Tidak terjadi perdarahan</li> <li>3. Nyeri menurun dari skala 6 ke 2</li> <li>4. Kerusakan kulit menurun, luka pasca operasi dalam kondisi baik</li> </ol>  <p><b>Hana N</b></p>	<p><b>Perawatan Luka</b> <b>SIKI I.14564 Hal.328</b></p> <p><b>Observasi:</b></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. Berikan perawatan luka sebelum pasien pulang</li> <li>2. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>3. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui karakteristik luka, gangguan integritas kulit dapat diatasi dengan tepat karena kondisi luka telah teridentifikasi</li> <li>2. Mencegah terjadinya infeksi apabila tanda – tanda infeksi ditemukan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kondisi luka pasca operasi dan memastikan kondisi luka bersih sebelum pasien pulang</li> <li>2. Teknik steril menjaga kondisi luka agar terhindar dari infeksi dan tetep bersih</li> <li>3. Melatih ambulasi pasien sehingga terhindar dari kekakuan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p data-bbox="1070 491 1541 563">2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p data-bbox="1070 715 1579 786">3. Anjurkan menjaga balutan luka post operasi agar tetap kering</p> <p data-bbox="1070 1010 1585 1153"><b>Kolaborasi:</b> Kolaborasi dalam pemberian antibiotik Ceftriaxone 1 gr/ 12 jam intravena dan Zinc 20 mg/ 24 jam</p> <p data-bbox="1283 1153 1361 1217"></p> <p data-bbox="1267 1233 1377 1264"><b>Hana N</b></p>	<p data-bbox="1653 308 2000 483">pengetahuan pasien terhadap tanda infeksi dan dapat meningkatkan perilaku pasien terhadap perawatan dirinya</p> <p data-bbox="1608 491 2016 707">2. Makanan tinggi kalori dan protein dapat membantu memperbaiki jaringan tubuh yang rusak serta membangun sel dan jaringan tubuh yang baru</p> <p data-bbox="1608 715 2016 1002">3. Balutan verban yang basah akan membuat luka mudah terkontaminasi melalui cairan yang merembes ke dalam luka sehingga rentan infeksi, jika infeksi maka penyembuhan luka akan melambat</p> <p data-bbox="1608 1010 2016 1264"><b>Kolaborasi:</b> Antibiotik dapat membantu meningkatkan kekebalan tubuh, membunuh kuman dengan cara merusak dinding sel kuman dan/atau menghambat pertumbuhan</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
				kuman/penyakit dalam tubuh sehingga tidak dapat berkembang dan penyembuhan luka akan lebih cepat karena tidak ada infeksi. Zinc dapat membantu proses penyembuhan luka serta meningkatkan kekebalan tubuh.
4.	<p>Tanggal: 01/11/2022 Pukul: 14.00 WIB</p> <p>Risiko perdarahan faktor risiko tindakan pembedahan post operasi ORIF (<i>Open Reduction and Internal Fixation</i>) femur sinistra</p>	<p><b>Tingkat perdarahan SLKI L.02017 Hal.147</b> Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan pasca operasi menurun</li> <li>2. Kadar hemoglobin tidak menurun</li> </ol>  <p><b>Hana N</b></p>	<p><b>Pencegahan Perdarahan SIKI I.02067 Hal.283</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor nilai hemoglobin sebelum dan sesudah perdarahan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b> Pertahankan <i>bed rest</i> selama perdarahan</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan meningkatkan asupan</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat perdarahan pada pasien</li> <li>2. Menilai tingkat perdarahan dan menghindari pasien anemia, salah satu indikator perdarahan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b> Pergerakan dapat memperparah perdarahan apalagi dalam kondisi luka terbuka</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsumsi makanan dapat</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
			<p>makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan pasien meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>3. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b>  Kelola pemberian asam traneksamat 500 mg/8 jam dan Vitamin K 20mg/ 8 jam IV (sampai hari ke-0 post ORIF) dan dilanjutkan Zinc 20 mg/ 24 jam</p> <p style="text-align: right;">  <b>Hana N</b></p>	<p>membantu meningkatkan energi dan asupan nutrisi bagi tubuh pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Konsumsi air yang cukup dapat menghindarkan pasien dari dehidrasi dan konstipasi</li> <li>3. Mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat bila terjadi perdarahan yang berlebih</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b>  Asam traneksamat adalah turunan sintesis dari asam amino lisin dan mengikat 5 situs pengikatan lisin pada plasminogen. Ini menghambat pembentukan plasmin dan menggantikan plasminogen dari permukaan fibrin sehingga dapat menghentikan perdarahan. Vitamin K merupakan komponen untuk proses pembekuan darah agar perdarahan berhenti. Zinc</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
				berfungsi untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan mempercepat penyembuhan luka.
5.	<p>Tanggal: 01/11/2022 Pukul: 14.00 WIB</p> <p>Risiko infeksi dengan faktor risiko efek prosedur operasi ORIF (<i>Open Reduction and Internal Fixation</i>) femur sinistra</p>	<p><b>Tingkat infeksi</b> <b>SLKI L.14137 Hal.139</b></p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh 36,5-37,5°C</li> <li>2. Tidak ada tanda phlebitis (edema, kemerahan) pada area tusukan infus dan balutan luka post operasi</li> <li>3. Badan tampak bersih</li> <li>4. Balutan luka post operasi bersih dan tidak rembes</li> <li>5. Tangan tampak bersih</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b> <b>SIKI I.14539 Hal. 278</b></p> <p><b>Observasi:</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik:</b> Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><b>Edukasi:</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p><b>Observasi:</b> Mengetahu tanda dan gejala infeksi dapat mencegah terjadinya infeksi dan memberikan penanganan yang tepat apabila ditemukan infeksi.</p> <p><b>Terapeutik:</b> Menjaga kebersihan tangan dengan mencuci tangan dapat memutus rantai penyebaran kuman dan membunuh kuman yang ada pada tangan</p> <p><b>Edukasi:</b> 1. Meningkatkan pengetahuan pasien terhadap tanda infeksi dan dapat meningkatkan perilaku pasien terhadap</p>


No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
		 <b>Hana N</b>	<p>2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka pasca operasi</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi:</b>  Kelola pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr/12 jam intravena dan Zinc 20 mg/24 jam per oral</p>  <b>Hana N</b>	<p>perawatan dirinya</p> <p>2. Membantu pasien dalam memonitor kondisi secara mandiri sehingga dapat meningkatkan pasien dalam menjaga kondisi luka dan balutan dengan baik</p> <p>3. Asupan nutrisi yang cukup dapat membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan energi sehingga mempercepat penyembuhan jaringan</p> <p>4. Menghindarkan pasien dari konstipasi dan dehidrasi</p> <p><b>Kolaborasi:</b>  Antibiotik dapat membantu meningkatkan kekebalan tubuh, membunuh kuman dengan cara merusak dinding sel kuman dan/atau menghambat pertumbuhan</p>




No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
				<p>kuman/penyakit dalam tubuh sehingga tidak dapat berkembang dan penyembuhan luka akan lebih cepat karena tidak ada infeksi. Zinc dapat membantu proses penyembuhan luka serta meningkatkan kekebalan tubuh.</p>



## E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

### 1. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

Hari tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 31 Oktober 2022 Pukul 11.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (fraktur femur sinistra)	<p><b>Pukul 11.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi nyeri PQRST</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>Membantu mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur</li> <li>Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan genggam jari untuk memantu mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Pukul 14.00 WIB</b>            Mengukur tekanan darah, suhu, nadi, dan SpO2 pasien</p>  <p><b>Hana N</b></p>	<p>Pukul 11.20 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kirinya sejak semalam</li> <li>- Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut, nyut – nyut an</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan dari paha ke bawah, terasa kaku dan berdenyut</li> <li>- S: Skala nyeri 4</li> <li>- T: Nyeri timbul begitu saja, terlebih jika ingin sedikit menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontak mata pasien baik</li> <li>- Pasien tampak menahan sakit dan mengernyitkan dahi</li> <li>- TD: 124/70 mHg</li> <li>- HR: 89 kali/ menit</li> <li>- RR: 18 kali/ menit</li> <li>- T: 36,8°C</li> <li>- SpO2: 97%</li> <li>- Pasien tampak mampu melakukan dan mempraktikan teknik genggam jari</li> </ul>


Hari tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
			<p>dengan benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak memperhatikan dengan baik demonstrasi dari teknik relaksasi genggam jari</li> <li>- Pasien tampak tidak tremor</li> <li>- Pasien tampak lebih rileks setelah latihan relaksasi nafas dalam dan genggam jari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Kriteria hasil tercapai sebagian, nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor nyeri pada pasien setiap shift</li> <li>- Monitor tanda – tanda vital pasien setiap shift</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mempraktikan teknik genggam jari ketika nyeri timbul</li> <li>- Anjurkan pasien untuk meminimalisir gerak</li> <li>- Fasilitasi pasien istirahat dan tidur</li> </ul> <div style="text-align: right;">   <b>Hana N</b> </div>


<b>Hari tanggal</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<p>Senin, 31 Oktober 2022 Pukul 11.35 WIB</p>	<p>Anxietas berhubungan dengan kritis situasional: rencana prosedur operasi ORIF pada tanggal 01/11/2022</p>	<p>Pukul 11.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dengan pasien</li> <li>2. Memahami situasi yang membuat pasien ansietas</li> <li>3. Memonitor tand adan gejala ansietas</li> <li>4. Membantu menjelaskan prosedur yang akan dilakukan termasuk sensasi yang akan dialami</li> <li>5. Memposisikan pasien aman dan nyaman</li> <li>6. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien</li> <li>7. Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian</li> <li>8. Melatih pasien teknik relaksasi Benson: Istighfar untuk mengurangi kecemasan</li> <li>9. Menjelaskan sensasi yang mungkin akan dialami setelah menjalankan prosedur operasi</li> <li>10. Menemani dan menjawab pertanyaan pasien seputar prosedur operasi dan sensasi yang</li> </ol>	<p>Pukul 11.50 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ingin segera operasi karena tidak tahan dengan nyeri saat ini</li> <li>- Pasien mengatakan ingin segera operasi agar cepat pulih dan kembali bekerja</li> <li>- Pasien mengatakan sedikit cemas karena ini adalah operasi pertama pasien</li> <li>- Pasien dapat menyebutkan kembali sensasi yang akan ditimbulkan setelah prosedur operasi</li> <li>- Pasien mengatakan lebih tenang setelah relaksasi dengan Istighfar</li> <li>- Pasien mengatakan deg – degan namun karena ada keluarga yang selalu mendampingi pasien menjadi lebih tenang</li> <li>- Pasien mengatakan siap untuk dioperasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menahan sakit nyeri</li> <li>- Kontak mata pasien baik dan pasien kooperatif</li> <li>- Skor APAIS: 12 cemas ringan</li> <li>- Pasien tampak mampu melakukan teknik relaksasi Benson dengan Istighfar</li> </ul>

Hari tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
		<p>ditimbulkan</p>  <p><b>Hana N</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih rileks</li> <li>- Raut wajah pasien tampak lebih tenang</li> </ul> <p>A :</p> <p>Ansietas teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ansietas (bila masih timbul)</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital pasien di setiap shift</li> <li>3. Anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi Benson dengan Istighfar untuk mengurangi kecemasan</li> </ol>  <p><b>Hana N</b></p>

2. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Operasi


a. **Diagnosa pertama:** Nyeri akut

<b>Hari tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>												
<p>Selasa, 1 November 2022 Pukul 08.00 WIB</p>	<p><b>Pukul 08.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi nyeri PQRST</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan genggam jari untuk membantu mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Pukul 09.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menyiapkan pasien untuk ke ruang operasi</li> <li>Mengukur tekanan darah</li> </ol> <p><b>Pukul 13.50 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tekanan darah, suhu, nadi, dan SpO2 pasien post operasi</li> <li>Menyampaikan pada pasien untuk tetap <i>bed rest</i> sampai besok pukul 10.00 WIB</li> <li>Menganjurkan pasien untuk meminimalisir pergerakan</li> </ol> <p><b>Pukul 16.00 WIB</b> Memonitor nyeri pada pasien</p> <p style="text-align: center;">   <b>Hana N</b> </p>	<p>Pukul 17.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kirinya sejak semalam</li> <li>Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut, nyut – nyut an</li> <li>R: Nyeri yang dirasakan dari paha ke bawah, terasa kaku dan berdenyut</li> <li>S: Skala nyeri 4</li> <li>T: Nyeri timbul begitu saja, terlebih jika ingin sedikit menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontak mata pasien baik</li> <li>Pasien tampak menahan sakit dan mengernyitkan dahi</li> <li>Tanda vital:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="1326 1045 1944 1272"> <thead> <tr> <th>Sebelum operasi</th> <th>Setelah operasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TD: 124/70 mmHg</td> <td>TD: 121/70 mmHg</td> </tr> <tr> <td>HR: 89 kali/menit</td> <td>HR: 86 kali/menit</td> </tr> <tr> <td>T: 36,8°C</td> <td>T: 36,4°C</td> </tr> <tr> <td>RR: 18 kali/menit</td> <td>RR: 18 kali/ menit</td> </tr> <tr> <td>SpO2: 97%</td> <td>SpO2: 97%</td> </tr> </tbody> </table>	Sebelum operasi	Setelah operasi	TD: 124/70 mmHg	TD: 121/70 mmHg	HR: 89 kali/menit	HR: 86 kali/menit	T: 36,8°C	T: 36,4°C	RR: 18 kali/menit	RR: 18 kali/ menit	SpO2: 97%	SpO2: 97%
Sebelum operasi	Setelah operasi													
TD: 124/70 mmHg	TD: 121/70 mmHg													
HR: 89 kali/menit	HR: 86 kali/menit													
T: 36,8°C	T: 36,4°C													
RR: 18 kali/menit	RR: 18 kali/ menit													
SpO2: 97%	SpO2: 97%													


Hari tanggal	Implementasi	Evaluasi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mampu melakukan dan mempraktikkan teknik genggam jari dengan benar</li> <li>- Pasien tampak memperhatikan dengan baik demonstrasi dari teknik relaksasi genggam jari</li> <li>- Pasien tampak tidak tremor</li> <li>- Pasien tampak lebih rileks setelah latihan relaksasi nafas dalam dan genggam jari</li> <li>- Pasien tampak masih lemas</li> </ul> <p>A :</p> <p>Kriteria hasil tercapai sebagian, nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor nyeri pada pasien setiap shift</li> <li>- Monitor tanda – tanda vital pasien setiap shift</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mempraktikkan teknik genggam jari ketika nyeri timbul</li> <li>- Anjurkan pasien untuk meminimalisir gerak</li> <li>- Fasilitasi pasien istirahat dan tidur</li> </ul> <div style="text-align: right;">   <b>Hana N</b> </div>


<b>Hari tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
Rabu, 2 November 2022	<p><b>Pukul 08.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda vital pasien</li> <li>2. Memonitor nyeri pasien</li> </ol> <p><b>Pukul 10.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>2. Mendampingi pasien dalam fisioterapi</li> </ol> <p><b>Pukul 13.00 WIB</b></p> <p>Memberikan obat intravena Ketorolac 30 mg dan Ondansetron 4 mg</p> <p><b>Pukul 18.00 WIB</b></p> <p>Memberikan teknik relaksasi genggam jari</p>	<p>Pukul 18.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kirinya</li> <li>- Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut, nyut – nyut an</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan dari paha ke bawah, terasa kaku dan berdenyut</li> <li>- S: Skala nyeri 5</li> <li>- T: Nyeri timbul begitu saja, terlebih jika ingin sedikit menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menahan sakit dan melindungi kaki dengan balutan post operasi</li> <li>- TD: 123/71 mmHg</li> <li>- HR: 80 kali/ menit</li> <li>- T: 36,2°C</li> <li>- RR: 18 kali/menit</li> <li>- SpO2: 97%</li> <li>- Pasien tampak mampu melakukan dan mempraktikkan teknik genggam jari dengan benar</li> <li>- Pasien tampak tidak tremor</li> <li>- Pasien tampak lebih rileks setelah latihan relaksasi nafas dalam dan genggam jari</li> <li>- Pasien tampak mampu menggerakkan kaki secara</li> </ul>



Hari tanggal	Implementasi	Evaluasi
		<p>perlahan</p> <p>A : Kriteria hasil tercapai sebagian, nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor nyeri pada pasien setiap shift</li> <li>- Monitor tanda – tanda vital pasien setiap shift</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mempraktikan teknik genggam jari ketika nyeri timbul</li> <li>- Anjurkan pasien untuk melakukan miring kanan dan kiri minimal 3 jam sekali</li> </ul> <p style="text-align: right;"> <b>Hana N</b></p>
Kamis. 3 november 2022	<p><b>Pukul 08.00 WIB</b> Mengukur tanda vital pasien Memonitor nyeri pada pasien</p> <p><b>Pukul 13.00 WIB</b> Memberikan obat intravena Ketorolac 30 mg dan Ondansetron 4 mg Menganjurkan pasien untuk menerapkan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri setiap</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kirinya luka post operasi</li> <li>- Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut sedikit</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan dari paha ke bawah terasa kaku dan tidak menyebar</li> <li>- S: Skala nyeri 4</li> <li>- T: Nyeri hilang timbul</li> </ul>

Hari tanggal	Implementasi	Evaluasi
	nyeri timbul	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sakit saat diberikan obat kerotolac 30 mg</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 121/69 mmHg</li> <li>- HR: 79 kali/ menit</li> <li>- T: 36,3°C</li> <li>- RR: 18 kali/menit</li> <li>- SpO2: 97%</li> <li>- Pasien tampak mampu melakukan dan mempraktikan teknik genggam jari dengan benar secara mandiri</li> <li>- Terapi Ketorolac 30 mg masuk sesuai jam dan rute</li> <li>- Terapi Ondansetron 4 mg melalui intravena telah diberikan sesuai program, jam, dan rute</li> <li>- Pasien tampak memegangi tangan yang terpasang infus saat diberikan injeksi</li> </ul> <p>A: Kriteria hasil tercapai sebagian, nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor nyeri pada pasien setiap shift</li> </ul>

Hari tanggal	Implementasi	Evaluasi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda – tanda vital pasien setiap shift</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mempraktikkan teknik genggam jari ketika nyeri timbul</li> <li>- Anjurkan pasien untuk melakukan miring kanan dan kiri minimal 3 jam sekali</li> </ul> <div style="text-align: right;">   <b>Hana N</b> </div>
<p>Jum'at, 4 November 2022</p>	<p><b>Pukul 08.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda – tanda vital pasien</li> <li>2. Memonitor nyeri PQRST</li> </ol> <p><b>Pukul 10.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pasien edukasi untuk tetap menerapkan teknik relaksasi genggam jari di rumah bila nyeri masih timbul</li> <li>2. Mendampingi pasien dalam latihan memakai kruk dengan fisioterapis</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri sedikit terasa pada kaki kiri bagian bawah</li> <li>- Q: Pasien mengatakan nyeri berdenyut sedikit</li> <li>- R: Nyeri yang dirasakan dari paha kiri bagian luka post operasi dan tidak menyebar</li> <li>- S: skala nyeri 2</li> <li>- T: nyeri hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri hari ini sudah berkurang banyak, tidak sesakit sebelumnya</li> <li>- Pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri setiap hari 4 kali</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 121/70 mmHg</li> <li>- HR: 78 kali/ menit</li> <li>- T: 36,3°C</li> </ul>

<b>Hari tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>- RR: 18 kali/menit</li><li>- SpO2: 96%</li><li>- Pasien tampak mampu melakukan dan mempraktikkan teknik genggam jari dengan benar secara mandiri</li><li>- Pasien tampak tidak tremor</li><li>- Pasien tampak lebih rileks setelah latihan</li><li>- Pasien tampak tidak takut lagi untuk bergerak</li></ul> <p><b>A:</b> Nyeri akut teratasi, kriteria hasil tercapai dengan bukti skala nyeri menurun dari 6 ke 2</p> <p><b>P:</b> Hentikan intervensi</p> <p>Anjurkan pasien menerapkan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri di rumah bila nyeri masih timbul</p>  <p><b>Hana N</b></p>

Lampiran 2. Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

1. Topik : Teknik relaksasi genggam jari
2. Sasaran:
  - a. Program : Keluarga Sdr. AH
  - b. Penyuluhan : Sdr. AH
3. Tujuan
  - a. Umum : Setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian nyeri, tanda gejala, manajemen pengendalian nyeri teknik relaksasi genggam jari, manfaat teknik relaksasi genggam jari
  - b. Khusus :

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan klien:

    - 1) Dapat menjelaskan pengertian dari nyeri
    - 2) Dapat menyebutkan tentang beberapa tanda gejala nyeri
    - 3) Dapat menjelaskan tentang manajemen pada nyeri
    - 4) Dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari
4. Materi : Nyeri dan teknik relaksasi genggam jari meliputi tentang pengertian, tanda gejala, komplikasi yang dapat terjadi, tentang manajemen nyeri, cara melakukan teknik relaksasi genggam jari.
5. Metode : Ceramah, diskusi, dan praktik
6. Media : Leaflet, tentang nyeri dan teknik relaksasi genggam jari pengertian nyeri, tanda gejala, manajemen nyeri, manfaat teknik relaksasi genggam jari, dan tata cara teknik relaksasi genggam jari.
7. Alat Pendukung : Meja, kursi
8. Waktu : Minggu, 1 November 2022  
Pukul : 13.50 – 14. 10 WIB

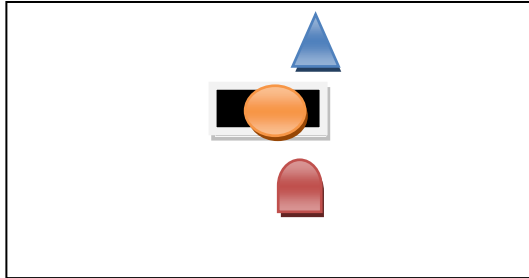
No	Jenis kegiatan	Waktu yang diperlukan
1	Pembukaan <ol style="list-style-type: none"><li>a. Memberi salam</li></ol>	5 menit

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Perkenalan</li> <li>c. Kontrak waktu</li> <li>d. Menjelaskan tujuan penyuluhan</li> <li>e. Kontrak materi</li> </ul>	
2	<p>Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur</li> </ol> <p>Materi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian nyeri</li> <li>b. Tanda dan gejala pada nyeri</li> <li>c. Manajemen nyeri</li> <li>d. Teknik relaksasi genggam jari</li> <li>e. Manfaat teknik relaksasi genggam jari</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya.</li> <li>3. Merangkum materi</li> </ol>	15 menit
3	<p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajukan beberapa pertanyaan terkait dengan materi</li> <li>2. Menyimpulkan hasil evaluasi</li> </ol>	5 menit
4.	<p>Penutup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan klien leaflet</li> <li>b. Menyampaikan terima kasih dan mengucapkan salam.</li> </ul>	5 menit
5.	Pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari	15 menit





9. Tempat : Ruang Alamanda 2 kamar nomor 15

Setting tempat :

a. Setting tempat penyuluhan



Keterangan :

	: Pasien (Sdr. AH)
	: Perawat
	: Keluarga klien
	: <i>Bed</i> pasien

10. Evaluasi:

a. Evaluasi struktur

- 1) Persiapan media yang akan digunakan yaitu leaflet
- 2) Persiapan tempat yang akan digunakan
- 3) Kontrak waktu yang dilakukan sehari hari sebelum pertemuan
- 4) Persiapan SAP

b. Evaluasi proses

- 1) Perhatian dari peserta penyuluhan
- 2) Kehadiran dan kesediaan peserta untuk mengikuti penyuluhan
- 3) Keaktifan peserta untuk bertanya tentang materi penyuluhan

c. Evaluasi hasil akhir

- 1) Aspek yang dievaluasi : Afektif  
Metode evaluasi : Wawancara  
Instrumen evaluasi : Pertanyaan  
Siapa yang mengevaluasi : Penyuluh/ fasilitator

- Evaluasi : Memastikan bahwa setelah diberikan penyuluhan peserta penyuluhan lebih terbuka tentang keluhan nyeri yang dirasakan dan pasien mampu melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri
- 2) Aspek yang dievaluasi : Kognitif
- Metode evaluasi : Tanya jawab
- Instrumen evaluasi : Daftar pertanyaan terkait materi
- Siapa yang memberikan evaluasi : Penyuluh/ fasilitator
- Daftar pertanyaan :
- tentang pengertian nyeri, tanda gejala, manajemen nyeri, teknik relaksasi genggam jari, dan manfaatnya
- a) Apakah pengertian dari nyeri?
- b) Sebutkan tanda dan gejala dari nyeri
- c) Apakah manfaat dari teknik relaksasi genggam jari?
- 3) Aspek yang dievaluasi : Psikomotor
- Metode evaluasi : Praktik teknik relaksasi genggam jari
- Instrumen evaluasi : -
- Siapa yang memberikan evaluasi : Penyuluh/ fasilitator

Yogyakarta, November 2022

Hana Nurjannah



Lampiran 3. SOP Teknik Relaksasi Genggam Jari

**DRAF SPO TEKNIK GENGGAM JARI**

	<b>SPO PEMBERIAN TERAPI TEKNIK GENGGAM JARI</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)	Tanggal terbit	Ditetapkan, Kepala RSPAD Gatot Soebroto	
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dan dapat mengurangi rasa nyeri		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas</li> <li>2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam</li> <li>3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh</li> <li>4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi</li> <li>5. Melancarkan aliran dalam darah</li> </ol>		
Kebijakan	Bahwa semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari		
Prosedur	<p>Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu <math>\geq 10</math> menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat di lakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi</p> <p><b>Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman</li> <li>b. Siapkan lingkungan yang tenang</li> <li>c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan</li> <li>d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan</li> <li>e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari</li> <li>f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang</li> <li>g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata</li> <li>h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja</li> <li>i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut</li> <li>j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur</li> <li>k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan</li> <li>l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran</li> <li>m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali iteknik relaksasi genggam jari</li> <li>n. Dokumentasi respon pasien</li> </ol>		

## PENGERTIAN NYERI

Nyeri merupakan suatu pengalaman ketidaknyamanan yang meningkat dan sesasinya sangat subjektif, serta menimbulkan gangguan dan perubahan aktivitas fisik, psikis yang meliputi emosi dan sebagainya.

Selain itu, nyeri merupakan respon fisiologis yang menimbulkan ketidaknyamanan dan rasa tidak enak yang dapat menimbulkan kecemasan, rasa takut, dan khawatir.

## PENYEBAB NYERI

Meskipun belum diketahui penyebab pastinya, namun nyeri kronis seringkali disebabkan oleh berbagai macam kondisi seperti:

1. Peradangan sendi dan masalah sendi lainnya
2. Masalah tulang belakang
3. Cedera berulang akibat aktivitas rutin. Misalnya pada atlet yang melempar bola terus-menerus
4. Patah tulang
5. Luka pada lambung
6. Pasca tindakan operasi



## PENATALAKSANAAN NYERI

### 1. Manajemen Farmakologi

Manajemen farmakologi merupakan cara pendekatan atau penanganan nyeri menggunakan obat pereda nyeri



### 2. Manajemen Nonfarmakologi

- a. Distraksi: pengalihan dengan kegiatan yang dapat membuat individu melupakan rasa nyeri yang dirasakan. Contoh: mendengarkan musik



- b. Relaksasi (nafas dalam dan teknik genggam jari )



### c. Kompres panas atau dingin



### d. Akupresur



## TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI

### A. PENGERTIAN

Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah dilakukan oleh siapapun yang merasakan keluhan nyeri. Teknik ini berhubungan dengan aliran tubuh manusia dan dapat mengurangi nyeri.

### B. TUJUAN

Teknik genggam jari mempunyai tujuan sebagai terapi menurut Budiarti (2017) :

- Mengurangi nyeri, takut, dan cemas
- Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi

### C. TATA CARA TEKNIK RELAKSASI GENGGAM JARI

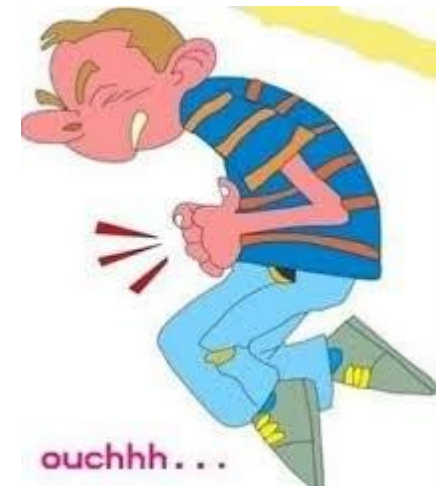
- Atur posisi dengan posisi yang nyaman
- Posisikan diri untuk tenang dan rileks
- Tarik nafas dalam perlahan sambil menutup mata, agar dapat merilekskan otot

- Pegang jari mulai dari ibu jari selama 2-3 menit, dapat menggunakan tangan yang mana saja
- Tarik nafas perlahan tahan sebentar lalu hembuskan.
- Tarik nafas lagi tahan sebentar lalu hembuskan, pikir terapi ini untuk kesembuhan.
- Tarik nafas lagi tahan sebentar lalu hembuskan, buang pikiran-pikiran yang mengganggu.
- Pikirkan perasaan yang nyaman sampai pasien fokus terhadap perasaan nyaman tersebut
- Lakukan cara e-i pada jari lainnya.



Sumber: <https://google.com>

## Nyeri dan Teknik Relaksasi Genggam Jari



Disusun oleh:

Hana Nurjannah  
P07120521112





Mahasiswa Praktikan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta  
Program Studi Profesi Ners

2022

Lampiran 5. Lembar konsultasi Pembimbing 1

	<b>LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR NERS PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA</b>	
---	---	---

**Nama Mahasiswa** : Hana Nurjannah  
**Nama Pembimbing** : Ns. Maryana S.SiT., S.Psi., S.Kep., M.Kep  
**Peran Pembimbing** : I  
**Judul TAN** : Penerapan Teknik Genggam Jari Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pasien dengan Closed Fracture Femur Sinistra Post ORIF di RSUD Sleman Yogyakarta

No.	Hari/ tanggal	Materi Konsultasi	Metode dan Media Konsultasi	Masukan Pembimbing	TTD
1.	Rabu, 2 November 2022	Pengambilan Kasus	Menyampaikan kasus yang didapatkan melalui WhatsApp	Setuju, lanjutkan kasus, selesaikan askep	
2.	Jum'at, 4 November 2022	Konsultasi kasus pasien kelolaan	Menyampaikan judul kasus dan kelolaan kasus WhatsApp	1. Lanjutkan askep, selesaikan 2. Segera susun BAB 1	
3.	Kamis, 17 November 2022	Konsultasi BAB I dan BAB II	Menyampaikan BAB I dan BAB II kelolaan kasus melalui WhatsApp	1. Perbaiki penulisan judul sesuai dengan panduan diikuti dengan pemenuhan kebutuhan yang sesuai dengan pasien 2. Perbaiki tujuan sesuai dengan asuhan keperawatan dan tindakan yang dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan pasien 3. Lanjutkan BAB III laporan kasus dinarasikan	
4.	Jum'at, 2 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Menyampaikan BAB I dan BAB III kelolaan kasus melalui WhatsApp	1. Fokuskan pada post operasi saja 2. Bagian BAB III dilengkapi pada pengkajian 3. Pembahasan jangan lupa cantumkan jurnal – jurnal yang mendukung 4. Abstrak dibuat dan lengkapi lampiran	

5.	Senin, 5 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Konsultasi tatap muka	1. Perhatikan penulisan 2. Lampiran dilengkapi 3. BAB III pada pengkajian ditambahkan sesuai data yang diangkat pada diagnosa keperawatan yang ditegakkan 4. Pembahasan ditambahkan jurnal – jurnal sesuai tindakan	
6.	Jum'at, 9 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Konsultasi melalui Whatsapp	Teliti kembali sebelum maju ujian, penulisan kata di check ada kesalahan atau tidak, sesuaikan dengan panduan	
7.	Senin, 12 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Konsultasi tatap muka	Persiapkan untuk ujian, buat power point untuk presentasi singkat saja maksimal 15 slide	
8.	Senin, 19 Desember 2022	Konsultasi pasca ujian TAN	Konsultasi tatap muka	Sebelum dijilid di check kembali agar tidak ada yang tertinggal	

Yogyakarta, .....<sup>21</sup>.....Desember 2022  
Pembimbing I,

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Harmilah, S.Pd., S.Kep., M.Kep., Sp.MB  
NIP. 19680703199032002



Ns. Maryana S.SiT., S.Psi., S.Kep., M.Kep  
NIP. 197504072002121002

Mengetahui,  
Ketua Jurusan Keperawatan












Bondan Palestin, SKM, M.Kep., Sp.Kom  
NIP. 197207161994051005

## Lampiran 6. Lembar Konsultasi Pembimbing II

	<b>LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR NERS</b> <b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS</b> <b>JURUSAN KEPERAWATAN</b> <b>POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA</b>	
---	---	---

**Nama Mahasiswa** : Hana Nurjannah  
**Nama Pembimbing** : Sapta Rahayu Noamperani, S.Kep., Ns., M.Kep  
**Peran Pembimbing** : II  
**Judul TAN** : Penerapan Teknik Genggam Jari Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pasien dengan Closed Fracture Femur Sinistra Post ORIF di RSUD Sleman Yogyakarta

No.	Hari/tanggal	Materi Konsultasi	Metode dan Media Konsultasi	Masukan Pembimbing	TTD
1.	Minggu, 30 Oktober 2022	Pre Conference	Pre conference melalui Google Meet. Bimbingan awal sebelum turun ke lahan pengambilan kasus TAN	Ikuti arahan dan bimbingan dari pembimbing lahan, jurnal – jurnal disiapkan apabila sudah mendapatkan kasus untuk kelolaan TAN.	
2.	Rabu, 2 November 2022	Pengambilan Kasus	Menyampaikan kasus yang didapatkan melalui WhatsApp	Setuju, lanjutkan kasus, selesaikan askep dan lengkapi dengan jurnal	
3.	Jum'at, 4 November 2022	Konsultasi kasus pasien kelolaan	Menyampaikan judul kasus dan kelolaan kasus WhatsApp	1. Lanjutkan askep, selesaikan 2. Minta saran masukan askep dari pembimbing lahan	
4.	Jum'at, 2 Desember 2022	BAB I – II	Menyampaikan kasus BAB I dan BAB II melalui Gmeet	1. Perhatikan penulisan sesuai dengan panduan 2. Jurnal dianalisis PICOT dicantumkan	
5.	Sabtu, 3 Desember 2022	Revisi penulisan, BAB I – III	Menyampaikan revisi BAB I – II melalui gmail	Lanjutkan BAB III untuk kasus dinasrasikan dan perhatikan penulisan sesuaikan dengan panduan	
6.	Senin, 5 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Diskusi tatap muka	1. Penulisan judul dibatasi 20 karakter, hilangkan tulisan ruangan langsung rumah sakit saja 2. Jurnal analisis langsung PICOT saja	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Cantumkan SOP yang digunakan saat pemberian teknik relaksasi genggam jari</li> <li>4. Lampirkan leaflet yang digunakan</li> <li>5. Lampirkan SAP</li> </ul>	
7.	Jum'at, 9 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Menyampaikan revisi BAB I – V melalui gmail	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi lampiran, jangan lupa lampirkan SOP yang digunakan</li> <li>2. Pada data pengkajian di BAB III dilengkapi kembali sesuai data yang diperoleh, sesuaikan dengan DO dan DS yang ada di diagnosa keperawatan</li> </ul>	
8.	Senin, 12 Desember 2022	Konsultasi BAB I – V	Diskusi tatap muka	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan kembali jangan sampai ada salah dalam pengetikan kata – kata</li> <li>2. Siapkan power point untuk presentasi ujian</li> </ul>	
9.	Senin, 19 Desember 2022	Revisi pasca ujian TAN	Diskusi tatap muka	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ada beberapa kata pada lampiran yang masih salah pengetikan, diperhatikan kembali</li> <li>2. Sebelum dijilid di check kembali agar tidak ada yang kurang</li> </ul>	

Yogyakarta, .....<sup>21</sup>.....Desember 2022

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

Pembimbing I,






Ns. Harmilah, S.Pd., S.Kep., M.Kep., Sp.MB  
NIP. 19680703199032002

Sapta Rahayu Noamperani, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 196711061991012001

Mengetahui,  
Ketua Jurusan Keperawatan

  
Bondan Palestin, SKM, M.Kep., Sp.Kom  
NIP. 197207161994031005

