

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pengantar Penelitian



PEMERINTAH KOTA TASIKMALAYA
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RSUD dr. SOEKARDJO

Jalan Rumah Sakit Nomor 33 Tasikmalaya, Kelurahan Empangsari
 Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Jawa Barat 46113
 Laman www.rsud.tasikmalayakota.go.id

Perihal : Surat Pengantar PKL/Magang/
 Survey Awal/Uji Validitas/Penelitian

Lepi Fauzi Sudiman

Kepada Yth :

Kabag/Kabid/Sub-Koord/

Ka. Instalasi/ Ka. Ruangan
Melati 4

di

Tempat

Berkenaan surat dari Institusi Pendidikan
Pellekkes No. PP. 02.01 F. XVIII / 1 / 360 / 2026
 Tgl. 25 Mei 2026 Izin PKL/Magang/Survey Awal/Uji
 Validitas/Penelitian yang akan diselenggarakan tanggal
2 Juni 2 s.d 2 September 2026

Sesuai dengan surat perjanjian kerjasama Rumah Sakit dengan Institusi Pendidikan, untuk itu kami mohon bantuan serta bimbingannya dari Ruangan yang terkait.

Terima kasih

Tasikmalaya, ... 2 Juni 2026

KA.BAGIAN SDM

IIS NUR AENI SKM.MM
 NIP. 19790127201101200

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI <i>GUIDED IMAGERY</i> DAN AROMATERAPI LAVENDER
Definisi	<i>Guided Imagery</i> merupakan suatu alat terapi yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan kecemasan. Terapi ini memfokuskan pada pengalihan pikiran negatif menjadi pikiran positif pasien, sehingga membuat pasien menjadi merasa lebih tenang atau rileks. Aromaterapi adalah salah satu terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Senyawa aktif dalam lavender, seperti linalool dan linalyl acetate, diketahui memiliki efek menenangkan dan dapat membantu meredakan kecemasan serta nyeri.
Manfaat	1. Mengurangi intensitas nyeri 2. Meningkatkan relaksasi dan kenyamanan pasien 3. Menurunkan kecemasan 4. Membantu meningkatkan kualitas istirahat pasien
Indikasi	Pasien dengan skala nyeri ringan hingga sedang (misalnya skala 3–6).
Kontraindikasi	1. Pasien yang mengalami alergi dengan aromaterapi lavender. 2. Gangguan penciuman 3. Gangguan kesadaran 4. Pasien tidak kooperatif
Alat dan Bahan	1. Minyak esensial lavender 2. Diffuser 3. Tissue 4. Lembar observasi nyeri (<i>NRS</i>) 5. Jam/stopwatch
Fase Orientasi	
Salam Terapeutik	- Perawat menyapa dan memperkenalkan dirinya kepada pasien serta keluarga - Perawat memperkenalkan dirinya kepada pasien dan pihak keluarga yang mendampingi.
Evaluasi Validasi	- Perawat mengidentifikasi pasien dengan menanyakan nama, umur, dan nomor rekam medis, lalu mengonfirmasinya dengan gelang identitas yang dikenakan pasien. - Perawat menanyakan keluhan pasien
<i>Informed Consent</i>	- Perawat memaparkan mengenai tindakan <i>guided imagery</i> dan aroma terapi lavender - Menjelaskan tujuan atau manfaat dari tindakan - Menjelaskan prosedur tindakan - Menjelaskan waktu pemberian tindakan - Memberikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya - Meminta persetujuan pasien menjadi responden
Fase Interaksi	
Persiapan Alat	Perawat menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan, yaitu sarung tangan (<i>handsoon</i>), diffuser, tissue di dekat pasien
Persiapan pasien	Perawat mengatur posisi pasien agar merasa nyaman mungkin (<i>semi fowler</i>)

Persiapan lingkungan	Perawat akan menyesuaikan pencahayaan, memastikan suasana tenang (tidak bising), dan membatasi jumlah orang di dalam ruangan untuk menjaga privasi pasien
Persiapan perawat	Sebelum memulai tindakan, perawat mencuci tangan, mengenakan sarung tangan (<i>handscoon</i>) atau tidak, dan berdoa.
Prosedur Tindakan	Pengukuran tingkat nyeri dilakukan baik sebelum maupun sesudah tindakan. Langkah-langkah prosedur tindakan ini sebagai berikut : 1. Perawat meneteskan minyak lavender 3–5 tetes pada diffuser 2. Perawat meletakkan ± 5–10 cm dari hidung atau di area dada pasien 3. Biarkan selama ± 10–15 menit 4. Perawat meminta pasien menutup mata dan membimbing pasien menuju situasi istirahat penuh 5. Perawat meminta pasien membayangkan tempat yang aman dan nyaman seperti di pegunungan, hutan, kebun, pantai atau tempat khusus yang nyaman bagi pasien 6. Perawat mengarahkan pasien merasakan suasana tersebut (suara, udara, aroma, kenyamanan) 7. Perawat mengarahkan untuk membayangkan sesuatu yang hangat dan menyembuhkan di area perut anda seperti sel baik yang selalu melindungi sembari menghirup aromaterapi lavender 8. Perawat membimbing pasien fokus pada perasaan rileks dan nyaman 9. Perawat menambahkan sugesti positif (tubuh menjadi lebih ringan, nyeri berkurang) 10. Pertahankan kondisi relaksasi selama 10–15 menit 11. Perawat mengarahkan pasien untuk kembali secara perlahan 12. Perawat meminta pasien menarik napas dalam 3x 13. Perawat menghitung mundur (misal dari 10) 14. Perawat meminta pasien membuka mata
Fase Terminasi	
Evaluasi Subjektif dan Objektif	Evaluasi Subjektif - Pasien diberi tahu bahwa tindakan telah selesai, dan posisi pasien dirapikan kembali agar nyaman - Evaluasi perasaan pasien dan mengukur tingkat nyeri pasien Evaluasi Objektif - Perasaan pasien dievaluasi, dan tingkat nyeri pasien diukur kembali - Perawat memberikan <i>reinforcement positif</i>
Rencana Tindak Lanjut	Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melanjutkan terapi pijat kaki pada hari berikutnya.
Kontrak Waktu yang Akan Datang	Perawat menentukan jadwal untuk pertemuan atau tindakan selanjutnya.

Lampiran 3 Lembar Bimbingan KIA

LEMBAR BIMBINGAN KIAN

Nama : Lefi Fauzi Budiman

NIM : P20620625021

Judul KIA : Penerapan Terapi Guided Imagery dan Aroma Terapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Post Orif di RSUD DR. SOEKARDJO Tasikmalaya

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
1	9 Desember 2025	konsultasi judul untuk KIAN	Menyarankan untuk memilih judul yang telah dikonsultasikan yaitu: Penerapan Terapi Guided Imagery dan Aroma Terapi Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Post Orif	
2	1 Mei 2026	Diskusi lahan praktik, fenomena yang sering terjadi	Observasi komposisi yang terjadi pada pasien fraktur	
3	5 Mei 2026	Penentuan EBN	Terapi Guided Imagery dan Terapi Terapi Lavender	
4	11 Mei 2026	Pengajuan BAB 1	cari data terbaru, rumusan masalah sampai manifestasi sesuai	

5	20 Mei 2026	Pengajuan BAB 2	Teori Fraktur Nge kardu umum, lebih dibahas lagi Teori fraktur Post orip nge	
6	10 Juni 2026	Konsul Revisi bab 1 dan 2	Lanjutkan ke bab 3,4 dan 5	
7	12 Juni 2026	Pengajuan bab 3,4 dan 5	Lanjutkan	
8	17 Juni 2026	Pengajuan Revisi bab 3,4 dan 5 ACC	ACC	

Lampiran 4 Tabel Waktu Penelitian

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan			
		2026			
		April	Mei	Juni	Juli
1	Pengajuan tema dan judul penelitian				
2	Pengumpulan data				
3	Pelaksanaan penelitian dan pengolahan data				
4	Pembahasan				
5	Seminar Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners				
6	Publikasi Hasil				

Lampiran 5 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama (Inisial) :
2. Usia : Tahun
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Tanggal Pengkajian :/...../.....
5. Jam Pengkajian : WIB
6. Diagnosis Medis :
7. Ruangan :

B. PENILAIAN SKALA NYERI (NRS)

1. **SEBELUM INTERVENSI**

Petunjuk:

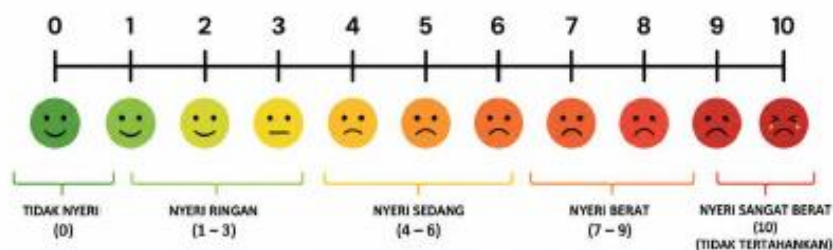
Mohon responden menunjukkan angka yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan saat ini.

a. Skala Nyeri:

SKALA NYERI NUMERIC RATING SCALE (NRS)

PETUNJUK:

Pilih angka yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang Anda rasakan saat ini.
0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti nyeri sangat berat/tidak tertahankan.



0	1 – 3	4 – 6	7 – 9	10
Tidak nyeri	Nyeri ringan (masih dapat ditoleransi)	Nyeri sedang (mengganggu aktivitas)	Nyeri berat (sangat mengganggu aktivitas)	Nyeri sangat berat (tidak tertahankan, butuh penanganan segera)

b. Interpretasi Nyeri

- ☐ Tidak Nyeri (0)
- ☐ Nyeri Ringan (1–3)
- ☐ Nyeri Sedang (4–6)
- ☐ Nyeri Berat (7–9)
- ☐ Nyeri Sangat Berat (10)

c. Karakteristik Nyeri

1) Lokasi Nyeri

.....

2) Lama Nyeri

- ☐ < 1 jam

- ☐ 1–24 jam
- ☐ > 24 jam
- 3) Sifat Nyeri
 - ☐ Tumpul
 - ☐ Tajam
 - ☐ Berdenyut
 - ☐ Terbakar
 - ☐ Menekan
 - ☐ Lainnya:
- 4) Frekuensi Nyeri
 - ☐ Hilang timbul
 - ☐ Terus menerus
- 5) Faktor yang Memperberat Nyeri

.....
- 6) Faktor yang Mengurangi Nyeri

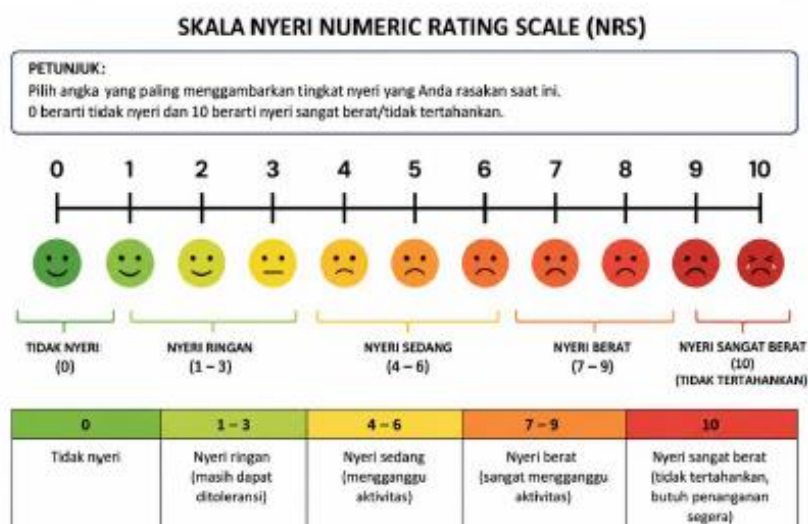
.....

2. SESUDAH INTERVENSI

Petunjuk:

Mohon responden menunjukkan angka yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan saat ini.

a. Skala Nyeri:



b. Interpretasi Nyeri

- ☐ Tidak Nyeri (0)
- ☐ Nyeri Ringan (1–3)
- ☐ Nyeri Sedang (4–6)

- ☐ Nyeri Berat (7–9)
☐ Nyeri Sangat Berat (10)

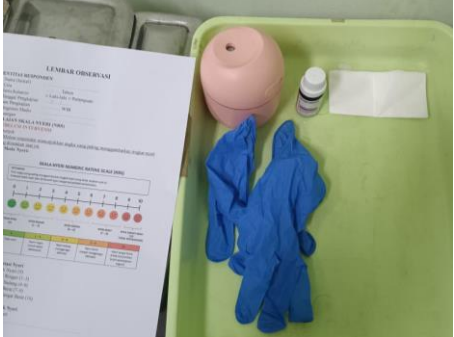
c. Karakteristik Nyeri

- 1) Lokasi Nyeri
.....
- 2) Lama Nyeri
☐ < 1 jam
☐ 1–24 jam
☐ > 24 jam
- 3) Sifat Nyeri
☐ Tumpul
☐ Tajam
☐ Berdenyut
☐ Terbakar
☐ Menekan
☐ Lainnya:
- 4) Frekuensi Nyeri
☐ Hilang timbul
☐ Terus menerus
- 5) Faktor yang Memperberat Nyeri
.....
- 6) Faktor yang Mengurangi Nyeri
.....

C. HASIL OBSERVASI

1. Skor NRS :
2. Kategori Nyeri :
3. Observer,
Nama :
- Tanda Tangan :

Lampiran 6 Dokumentasi Kegiatan Penelitian pada Tahap Pelaksanaan

No	Pasien	Dokumentasi
1.	Instrumen, alat dan bahan yang digunakan pada saat penelitian	
2.	Mengkaji nyeri <i>pre</i> intervensi terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender	
3.	Persiapan pemberian terapi	
4.	Pemberian Aromaterapi Lavender ke alat (humidifier)	

5.	Pemberian terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender pada pasien 1	
6.	Pemberian terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender pada pasien 1	
7.	Pemberian terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender pada pasien 2	
8.	Pemberian terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender pada pasien 1	

9.	Pemberian terapi <i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender pada pasien 2	
10.	Mengkaji nyeri <i>post</i> intervensi Terapi <i>Guided Imagery</i> dan Aromaterapi Lavender	

Lampiran 7 Hasil expertise Responden

No	responden	Hasil Expertise
1.	Tn V	Femur AP + Lateral 25 KLINIS : Mild HI HASIL PEMERIKSAAN : Kepada Yth, TS Fraktur os femur kanan 1/3 tengah KESAN PEMERIKSAAN : Fraktur os femur kanan 1/3 tengah USUL PEMERIKSAAN : -
2.	Ny. I	Femur AP + Lateral 25 KLINIS : susp fraktur HASIL PEMERIKSAAN : fracture os Femur Kanan 1/3 tengah KESAN PEMERIKSAAN : fracture os Femur Kanan 1/3 tengah USUL PEMERIKSAAN : -

A. PENGKAJIAN

1. Biodata

a. Klien

Jawab

Nama (Inisial) : Tn. V
Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur : 19 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan swasta
Suku : Sunda
Agama : Islam
Alamat : Nagrog, Sukasenang
Status Perkawinan : Belum kawin
Diagnosa Medis : Fraktur Femur Dextra Post ORIF
Tanggal Masuk : 26 Mei 2026
Tanggal Pengkajian : 02 Juni 2026
No. RM : 23085626

b. Penanggung

Nama (Inisial) : Tn. D
Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur : 51 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Alamat : Nagro Sukasenang
Hub dengan klien : Ayah

2. Riwayat Kesehatan

- a. Alasan masuk RS : Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 26 Mei melalui IGD pada pukul 22.30 WIB,

pasien mengalami kecelakaan jatuh dari sepeda motor, mengeluh nyeri pada paha sebelah kanan, nyeri bertambah saat paha kanan digerakkan atau saat berubah posisi, nyeri seperti tertusuk, nyeri pada paha kanan menjalar ke lutut, nyeri skala 7 (nyeri berat)

b. Keluhan utama saat pengkajian : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Juni 2026 pasien mengeluh nyeri.

c. Riwayat kesehatan sekarang : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Juni 2026, pasien perawatan hari ke 8, POD 1.

P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.

Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat.

R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan

S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10).

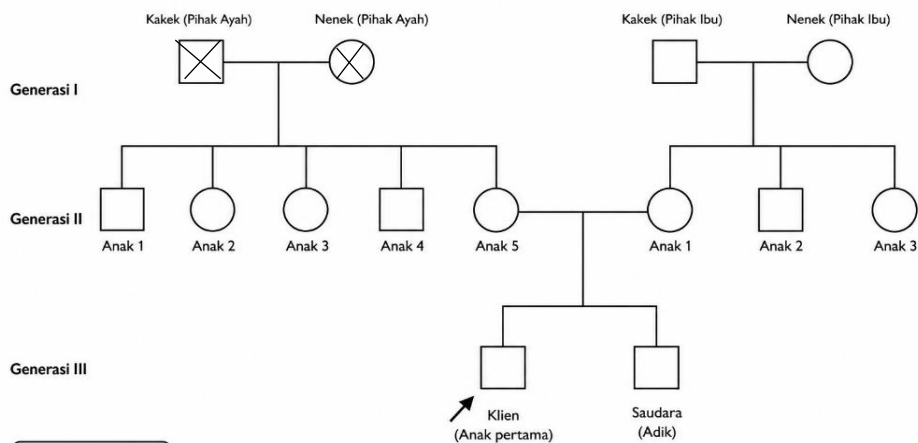
T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

d. Riwayat kesehatan dahulu : RPD: tidak ada
Riwayat operasi: tidak ada
Riwayat alergi: tidak ada

e. Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga pasien tidak memiliki penyakit keturunan

f. Genogram

Keterangan :



3. Data Biologis

a. Penampilan umum

Kesadaran: Composmentis, GCS: E4V5E6

Pasien tampak lemah, Pasien tampak meringis. Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.

b. Tanda-tanda vital

Nadi : 106 x/menit

TD : 130/89 mmHg
 Pernapasan : 20 x/menit
 SpO2 : 98%
 Suhu : 36 °C

c. Antropometri

BB/TB :

$$IMT = \frac{BB}{(TB)^2}$$

$$IMT = \frac{70}{(1,7)^2}$$

$$IMT = 24,22$$

$$IMT \text{ normal} = 18,5-25$$

d. Balance cairan

Intake :

- Makan: 200
- Minum : 300
- Infus: 1500

Total 2000

Output :

- BAB: 200
- BAK : 500
- IWL : 1050

Total 1750

Balance cairan = intake – output

$$= 2000 - 1750$$

$$= +250$$

e. Activity Daily Living

Aktifitas	Di Rumah	Di RS
Nutrisi : a. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan b. Minum - Jenis - Frekuensi - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Nasi, sayur, tempe 3x sehari 1 porsi Makanan tinggi natrium dan lemak - Air putih 5-6 gelas ±1500 ml Minuman mengandung kafein -	Nasi lembek, sayur, tempe, tahu 3x sehari 1 porsi Makanan tinggi natrium dan lemak - Air putih 3 gelas ±300 ml Minuman mengandung kafein -
Eliminasi fekal : - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	1x sehari ± 200 mg Kuning kecoklatan Khas Feses Tidak ada	1x sehari ± 200 mg Kecoklatan Khas Feses Tidak ada
Eliminasi urin : - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	4-5x/sehari ± 660-1320 cc/24 jam Kuning jernih Khas urine Tidak ada	4-5x/sehari ± 500 ml Kuning jernih Khas urine Tidak ada
Istirahat dan Tidur a. Malam - Durasi - Pukul	7 jam 22.00-05.00	□ 8 jam 21.00-05.00

- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
b. Siang		
- Durasi	± 2 jam	± 1 jam
- Pukul	12.00-14.00 WIB	10.00-11.00 WIB
- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Aktifitas sehari-hari :		
- Mobilisasi	Mandiri	Klien di bantu oleh keluarga dalam melakukan mobilisasi
- Aktivitas yang dilakukan	Mandiri	Berbaring ditempat tidur
c. Kesulitan	Tidak ada	Gangguan mobilisasi
Personal hygiene :		
- Mandi	2 x sehari	Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri. Pasien tidak mampu mandi sendiri. Pasien tidak mampu berpakaian sendiri. Pasien tidak mampu ke toilet sendiri
- Gosok gigi	2 x sehari	
- Memakai baju	2 x sehari Mandiri	
- Kesulitan		

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem persyarafan

1) Tingkat kesadaran

Compos mentis. GCS 15 E4V5M6

Eye 4 = Membuka secara spontan

Verbal 5 = Orientasi baik

Motorik 6 = Mengikuti perintah

2) Refleks-refleks

Refleks biceps (+)

Refleks triceps (+)

Refleks patella (+)

Refleks babinski (+)

Brudzinski sign 1&2 (-)

Refleks achilles (-)

Kaku kuduk (-)

Laseque sign (-)

Kernig sign (-)

3) Status mental

baik

4) Nervus cranial

- N.1 olfactorius : klien dapat membedakan aroma kayu putih dan kopi dengan kedua lubang hidung
- N.2 optikus : lapang pandang baik, klien bisa membaca tulisan pada kertas bertuliskan 'saya ingin sembuh'
- N.3,4,6 okulomotorius, trochlear, abducens : refleks pupil terhadap cahaya (+/+), ukuran pupil bulat isokor 3mm. Mata klien dapat mengikuti arah gerak telunjuk perawat. Tidak nampak deviasi, diplopia dan nistagmus. Klien dapat melirik ke kanan dan ke kiri tanpa menengok
- N.5 trigeminus :
 Refleks korneal (+) ipsilateral. Klien mengedipkan mata saat diberikan sentuhan ujung kapas ke kornea dari arah samping
 Refleks raba : klien dapat merasakan sentuhan kapas yang disentuh ke maxila dan mandibula
 Refleks nyeri : klien dapat membedakan tajam dan tumpul
 Refleks sikap : klien dapat menunjukkan area yang disentuh oleh kapas
 Refleks suhu : klien dapat membedakan panas dan dingin
 Gerakan otot pada temporal dan masester saat mengunyah (+)
- N.7 facialis : klien dapat membedakan rasa asin, manis, dan pahit. Saat di anjurkan tersenyum bibir klien nampak simetris, klien mampu mengerutkan dahi dan menahan tahanan jari perawat saat menutup mata

- N.8 vestibulokoklearis : klien dapat mendengar bisikan perawat pada telinga kanan dan kiri. Klien tidak dapat berjalan dengan seimbang
- N.9 glossopharingeal dan N.10 vagus : refleks menelan (+)
- N.10 Vagus : gerakan uvula simetris saat berbicara 'aaa'. Artikulasi jelas
- N.11 accesorius :
 Fungsi Otot Trapezius
 Klien hanya dapat menaikkan bahu kanan dan kiri dengan simetris.
 Fungsi Otot Sternoclerdomastoideus
 Pasien dapat menoleh ke kiri dan ke kanan, mendekatkan telinga ke bahu kanan dan kiri tanpa mengangkat bahu.
 Kekuatan Otot Trapezius
 Klien hanya dapat menahan tekanan tangan pemeriksa yang mendorong bahu pasien sebelah kanan dan kiri
 Kekuatan Otot Sternoclerdomastoideus
 Pasien dapat menoleh ke kiri dan ke kanan serta dapat menahan tahanan.
- N.12 hipoglossus : klien dapat menggerakkan lidah ke kanan dan kiri. Lidah simetris saat dijulurkan ke kanan dan ke kiri.

1. Sistem pernafasan

a) Inspeksi

Septum nasi simetris, tidak terdapat polip, tidak nampak benda asing, peradangan dan pendarahan, tidak nampak penggunaan otot bantu pernapasan. Bentuk dada simetris

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan pada area hidung dan thorax, pergerakan dinding dada simetris, fremitus simetris

c) Perkusi

Sonor pada hampir seluruh lapang paru

d) Auskultasi

Vesikuler tanpa suara nafas tambahan

2. Sistem Cardiovaskuler

a) Inspeksi

Tidak nampak ictus cordis. Konjungtiva tidak anemis. . Tidak nampak sianosis, tidak nampak pembesaran vena jugularis, tidak nampak edema.

b) Palpasi

Ictus cordis teraba di ICS 5, tidak ada nyeri tekan, CRT <2 detik. akral teraba hangat

c) Perkusi

Saat dilakukan perkusi untuk mengetahui batas jantung, terdengar redup (dullnes) pada area :

Bagian atas : ICS II linea sternalis dekstra sampai ICS II linea sternalis sinistra.

Bagian pinggang : ICS III 2-3 cm ke kiri dari linea sternalis kiri.

Bagian bawah : ICS V linea sternalis dekstra dan sinistra sampai ICS IV midklavikula linea sinistra.

d) Auskultasi

Suara jantung S1 S2 tunggal lub dub, tidak ada bunyi jantung tambahan, irama reguler

3. Sistem pencernaan

a) Inspeksi

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir sedikit kering, tidak nampak pembesaran tonsil, abdomen nampak datar, tidak terlihat massa, lesi dan jejas. Sklera anikterik. Pada area anus tidak terdapat lesi, hemoroid, fistula dan fisula

b) Palpasi

Tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat pembesaran hepar

c) Perkusi

Perkusi abdomen timpani di sebagian kuadran abdomen

d) Auskultasi

Bising usus 14x/menit

5. Sistem integumen

a) Inspeksi

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan warna kulit sawo matang sesuai ras. Tidak ditemukan lesi, ruam, maupun tanda iritasi pada kulit. Kebersihan kulit tampak baik dan integritas kulit secara umum utuh. Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. Tidak tampak tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, edema, peningkatan suhu lokal, atau pus. Rambut tumbuh merata dan kuku tampak bersih dengan warna kemerahan normal. Secara keseluruhan, kondisi sistem integumen dalam batas normal dengan adanya luka operasi yang menunjukkan proses penyembuhan yang baik.

b) Palpasi

Turgor kulit baik, kulit teraba hangat, lembap, dan tidak terdapat sianosis maupun ikterus. Capillary refill time (CRT) < 2 detik, serta tidak ditemukan edema pada area yang tidak mengalami cedera.

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

6. Sistem muskuloskeletal

a) Inspeksi

Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya. Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Sendi kaki pasien tampak kaku. Gerakan terbatas

b) Palpasi

Akral teraba hangat, tidak terdapat edema dan nyeri tekan

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

e) Movement

Kekuatan otot	5	5
	3	5

7. Sistem genitourinaria

a) Inspeksi

Tidak ada luka, massa atau jejas pada area genetalia, kebersihan baik.

b) Palpasi

Kandung kemih tidak ada nyeri tekan dan distensi

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

5. Data Psikososial

1. Psikososial

a. Non verbal

Klien nampak berbaring di tempat tidur, klien kooperatif dan memperhatikan perawat saat berbicara

b. Verbal

Artikulasi klien jelas dan dapat menjawab pertanyaan yang di ajukan

c. Status emosi

Emosi pasien stabil, pasien tidak sensitif, pasien tidak mudah marah, selalu ramah terhadap perawat dan pasien yang lainnya, pasien sabar dalam menghadapi kondisinya saat ini

d. Konsep diri

Selama sakit dan selama dirawat di rumah sakit, pasien hanya berbaring, pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Klien dan keluarga berharap bisa segera pulih dan dapat pulang ke rumah melakukan aktivitas seperti biasanya

e. Interaksi sosial

Klien dapat berhubungan dan berkomunikasi baik dengan perawat dan keluarga serta pasien lain

f. Pola koping

Klien dan keluarga menerima dengan ikhlas dan sabar kondisinya saat ini dan menjalani setiap pengobatan yang diberikan dengan harapan dapat segera pulih

g. Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

2. Spiritual

Klien beragama islam dan meyakini bahwa sakit yang di alami merupakan ujian dari Allah SWT. Klien dan keluarga selalu berusaha dan berdoa untuk kesembuhan klien

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Laboratorium
Hb: 16,2 g/dL (Normal)
Ht: 45% (Normal)
Leukosit: 29.000 / μ L (Meningkat)

Trombosit: 256.000/mm³ (Normal)

GDS: 116 g/dL (Normal)

Kalium: 3,7 mmol/l (Normal)

Kalsium: 1,32 mmol/L (Normal)

Kreatinin: 1,22 mg/dl (Normal)

Natrium: 136 mmol/l (Normal)

Ureum: 23 mg/dl (Normal)

b. Rontgen

Pasien mengalami fraktur os Femur Kanan 1/3 tengah

7. Progam Terapi

Obat	Dosis	Rute	Fungsi
NaCl	20 tpm	IV	Cairan isotonik
OMZ	2 x 1	IV	Menurunkan produksi asam lambung, mencegah gastritis dan tukak lambung akibat stres pasca operasi atau penggunaan obat antiinflamasi (misalnya ketorolac).
Ketorolac	3 x 30 mg	IV	Mengurangi nyeri sedang hingga berat pasca operasi dengan menghambat sintesis prostaglandin penyebab nyeri dan inflamasi.
Ceftriazone	2 x 1 gr	IV	Mencegah dan mengatasi infeksi bakteri, terutama infeksi luka operasi dan infeksi nosokomial.
Kalnex	3 x 500 mg	IV	Mengurangi perdarahan dengan menghambat pemecahan fibrin (bekuan darah), sering diberikan pada pasien operasi ortopedi untuk menurunkan kehilangan darah.
Tramadol	1 x 1	IV	Mengatasi nyeri sedang hingga berat dengan bekerja pada sistem saraf

			pusat melalui reseptor opioid dan penghambatan reuptake serotonin serta norepinefrin.
--	--	--	---

B. ANALISA DATA

No	Data	Kemungkinan penyebab - dampak	Masalah Keperawatan
1.	DS: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: - Pasien tampak meringis - Nadi: 106 x/menit - TD: 130/89 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.	Fraktur Femur ↓ Kerusakan jaringan tulang, otot, pembuluh darah, dan saraf ↓ Tindakan operasi ORIF (insisi dan pemasangan implant) ↓ Trauma jaringan ↓ Pelepasan mediator inflamasi (prostaglandin, histamin, bradikinin, sitokin) ↓ Stimulasi nosiseptor ↓ Impuls nyeri dikirim ke SSP ↓ Nyeri Akut ↓ Meringis, peningkatan nadi dan tekanan darah	(D.0007) Nyeri akut
2.	DS: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). DO: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur	Tindakan Operasi ORIF ↓ Pembuatan insisi bedah ↓ Terputusnya	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

	kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 15 cm × 5 cm.	kontinuitas kulit dan jaringan ↓ Kerusakan jaringan lunak ↓ Respons inflamasi lokal ↓ Edema, nyeri, dan luka operasi ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan					
3.	DS: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. DO: - Sendi kaki pasien tampak kaku - Gerakan terbatas - Pasien tampak lemah - ROM<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	Fraktur Femur ↓ Kerusakan struktur tulang ↓ Tindakan ORIF ↓ Nyeri pasca operasi ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Kekakuan sendi ↓ Keterbatasan rentang gerak (ROM) ↓ Pasien menghindari pergerakan ekstremitas ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
5	5						
3	5						
4.	DS: - Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri DO: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri	Fraktur Femur Post ORIF ↓ Nyeri dan keterbatasan gerak ↓ Kelemahan fisik ↓ Ketidakmampuan berdiri dan berjalan ↓	(D.0109) Defisit Perawatan diri				

		Ketergantungan terhadap bantuan orang lain ↓ Kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari ↓ Defisit Perawatan Diri	
5.	Ds: - DO: -	Operasi ORIF ↓ Insisi bedah ↓ Terputusnya pertahanan primer kulit ↓ Pemasangan implant/internal fixation ↓ Adanya pintu masuk mikroorganisme ↓ Paparan bakteri lingkungan ↓ Penurunan kemampuan pertahanan lokal jaringan ↓ Risiko Infeksi	(D.0142) Risiko Infeksi

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI

1. (D.0007) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) dibuktikan dengan

DS:

- P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.
- Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat.
- R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan

S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10).

T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

DO:

- Pasien tampak meringis
- Nadi: 106 x/menit
- TD: 130/89 mmHg
- Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.

2. (D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktoe mekanis (post operasi ORIF) dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10).

DO:

- Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$.

3. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya
- Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.

DO:

- Sendi kaki pasien tampak kaku
- Gerakan terbatas
- Pasien tampak lemah
- ROM

5	5
3	5

4. (D.0109) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri

DO:

- Pasien tidak mampu mandi sendiri
- Pasien tidak mampu berpakaian sendiri
- Pasien tidak mampu ke toilet sendiri

5. (D.0142) Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur)

DS: -

DO: -

D. INTERVENSI, IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Data	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan	Intervensi	Rasional		
(D.0007) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) dibuktikan dengan DS: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10).	SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 4-4 (1-10) 2. Pasien meringis sesekali saat bergerak 3. Frekuensi nadi membaik dalam rentan 80-100 x / menit 4. Tekanan darah pasien membaik dengan sistol dalam rentang 120-129 mmHg dan diastol dalam rentang 80-89 mmHg 5. Pasien mampu bergerak tanpa menghindari nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal.	Observasi 1. Memahami factor dan karakteristik nyeri (seperti tajam, berdenyut, atau tumpul) membantu dalam diagnosis dan perencanaan perawatan. Durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri memberikan informasi tentang pola nyeri dan seberapa mengganggu nyeri tersebut. 2. Skala nyeri, seperti skala angka (0-10) atau skala wajah, digunakan untuk mengukur intensitas nyeri secara subjektif. 3. Respon nonverbal seperti ekspresi wajah, posisi tubuh, ini membantu dalam penilaian nyeri yang lebih	Selasa, 2 Juni 2026 14. 50 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Respon: - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan. - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. 14.51 WIB 2. Mengidentifikasi skala nyeri. Respon: - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). 14.52 WIB 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Respon: - Pasien masih tampak	S: P: Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan. S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien masih tampak meringis - Nadi: 103 x/menit - TD: 144/87 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit. A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-9

T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: - Pasien tampak meringis - Nadi: 106 x/menit - TD: 130/89 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.		4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender)	komprehensif dan mendalam. 4. Mengetahui factor yang memperberat atau memperingan nyeri, seperti aktivitas fisik, posisi tubuh, atau factor lingkungan, membantu dalam merencanakan strategi manajemen nyeri yang lebih efektif dan menghindari pemicu nyeri. Terapeutik 5. Teknik non-farmakologis dapat membantu mengurangi nyeri dengan cara yang tidak melibatkan obat-obatan dan membantu mengurangi nyeri melalui mekanisme penghilang stres, relaksasi, dan modulasi nyeri.	meringis - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit 14.53 WIB 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Respon: - P: Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. 14.54 WIB 5. Memberikan teknik non farmakologis <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah melakukan terapi <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender	
--	--	---	---	--	---

			- Pasien mampu melakukan terapi <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender	
	6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (missal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 7. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender)	6. Lingkungan yang nyaman dapat membantu mengurangi nyeri. Suhu ruangan yang nyaman, pencahayaan yang sesuai, dan pengendalian kebisingan dapat mengurangi stres 7. Untuk pemulihan dan manajemen nyeri. Kurangnya tidur atau istirahat dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri dan memperlambat proses penyembuhan. Edukasi 8. Untuk mengelola nyeri secara mandiri. Pemahaman tentang bagaimana menggunakan teknik seperti relaksasi, biofeedback, atau kompres hangat/dingin dapat	14.56 WIB 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran Respon: - Pasien mengatakan lebih nyaman jika sampiran tertutup 20.59 WIB 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan <i>bedrest</i> Respon: - Pasien <i>bedrest</i> - TD: 144/87 mmHg 15.00 WIB 8. Menganjurkan teknik <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit Respon: - Pasien mengatakan mampu melakukan	

		Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	memberdayakan pasien dan meningkatkan keterlibatan mereka dalam perawatan mereka sendiri. Kolaborasi 9. Untuk mengontrol nyeri. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik memastikan bahwa obat yang tepat diberikan dengan dosis yang benar untuk mengurangi nyeri secara efektif. Ini juga mencakup penilaian berkelanjutan untuk memonitor efek samping dan efektivitas pengobatan	dengan sendirinya - Nadi: 103 x /menit - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). 15.05 WIB 9. Mengkolaborasi pemberian tramadol drip Ns 500 ml dan ketorolac 30 mg Respon: - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat - Telah diberikan obat tramadol 1 amp	
(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktoe mekanis (post operasi ORIF) dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan nyeri area operasi	SLKI: Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan tingkat inte hritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 4-5 (0-10) 2. Kerusakan lapisan	Perawatan Luka (I.14504) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)	Observasi 1. Memantau karakteristik luka seperti drainase, warna, ukuran, dan bau membantu mengevaluasi proses penyembuhan dan mendeteksi adanya komplikasi.	Selasa, 02 Juni 2026 14.20 WIB 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran , bau) Respon: - Warna: masih tertutup perban - Ukuran: Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 15 cm × 5	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 15 cm × 5 cm. A: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi

dirasakan skala 5 (0-10). DO: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$.	kulit menurun dengan jahitan tidak lepas dan mengering dan kerusakan jaringan menurun dengan luka tidak infeksi	2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau	2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, panas, dan nyeri penting untuk mengidentifikasi infeksi lebih awal. Ini memungkinkan intervensi cepat untuk mencegah penyebaran infeksi dan memperbaiki hasil penyembuhan luka. Terapeutik 3. Melepaskan balutan dan plester dengan hati-hati mengurangi risiko trauma pada jaringan luka dan nyeri pada pasien. Ini juga membantu menjaga integritas luka dan mempercepat proses penyembuhan. 4. Mencukur rambut di sekitar luka, jika perlu, mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi dari rambut yang mungkin menyebabkan masalah saat perawatan luka. 5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl (saline) atau	cm. - Bau: luka tidak bau 14.21 WIB 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: - Sekitar luka tidak ada rubor, kalor, tumor, dolor, functio laesa. - Suhu kulit tidak panas $36,8^{\circ} \text{C}$ 14.22 WIB 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester Respon: - Terdapat kerusakan jaringan yang tertutup perban (bukan perban yang tahan air) 14.23 WIB 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka Respon: Pasien mau rambut di area perut bagian bawah dicukur 14.30 WIB 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar	sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1-12 
---	--	---	--	---	--

		pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	pembersih nontoksik membantu menghilangkan kotoran dan patogen tanpa merusak jaringan sehat di sekitar luka.	luka Respon: Pasien kooperatif mau dibersihkan	
	6.	Pasang balutan sesuai jenis luka	6. Memilih balutan yang sesuai dengan jenis luka membantu menciptakan lingkungan penyembuhan yang optimal.	14.35 WIB 6. Melihat balutan sesuai jenis luka Respon: Balutan menggunakan kassa hypafix	
	7.	Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka	7. Teknik steril mencegah kontaminasi luka dengan mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi.	14.34 WIB 7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban Respon: Pasien kooperatif	
	8.	Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	8. Mengganti balutan secara berkala sesuai jumlah eksudat dan drainase menghindari pembentukan kelembapan berlebih yang dapat meningkatkan risiko infeksi.	14.35 WIB 8. Melihat balutan sesuai luka Respon: Sekitar luka masih ada kemerahan	
	9.	Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi	9. Perubahan posisi secara teratur mencegah tekanan berlebihan pada area tertentu, mengurangi risiko perkembangan luka tekan	14.36 WIB 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Respon:	

		pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	atau ulkus dekubitus, dan meningkatkan sirkulasi darah di area yang terkena. Edukasi 10. Mengedukasi tentang pentingnya asupan kalori dan protein untuk penyembuhan luka membantu pasien membuat pilihan diet yang mendukung kesehatan mereka. 11. Untuk mengelola perawatan luka mereka sendiri dengan lebih baik. Ini meningkatkan kemandirian dan mempercepat proses penyembuhan dengan memastikan perawatan yang konsisten. Kolaborasi 12. Pemberian antibiotik kolaboratif diperlukan jika infeksi luka terdeteksi atau ada risiko infeksi. Antibiotik membantu mengatasi infeksi bakteri dan mendukung proses penyembuhan dengan mengeliminasi patogen penyebab infeksi.	- Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). 14.37 WIB 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: Pasien mampu mengulang apa yang dijelaskan 14.40 WIB 11. Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Respon: 15.01 WIB 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV Respon: Telah diberikan antibiotik ceftriaxone 1gr vial melalui IV	
(D.0054) Gangguan	SLKI: Mobilitas Fisik	SIKI: Dukungan		Selasa, 2 Juni 2026	S:

mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. DO: - Sendi kaki pasien tampak kaku - Gerakan terbatas - Pasien tampak lemah	(L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pasien tidak mengeluh kesulitan menggerakan kaki serta badannya 2. Keluhan nyeri menurun dengan skala 4-5 (0-10) jika kaki digerakan 3. Sendi tidak kaku 4. Gerakan pasien sudah bebas perlahan dengan Pasien mau belajar duduk hingga dengan perlahan 5. Lemah menurun 6. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	Ambulasi (I. 06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	Observasi 1. Membantu mengidentifikasi adanya masalah yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak. 2. Membantu menentukan sejauh mana pasien dapat melakukan aktivitas tanpa mengalami kelelahan yang berlebihan atau reaksi fisik yang merugikan. 3. Untuk memastikan bahwa pasien dalam kondisi stabil secara hemodinamik.	17.30 WIB 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: - Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakan kaki kanannya - Terdapat ekspresi wajah yang menunjukkan ketidaknyamanan, pasien menghindari gerakan tertentu 17.31 WIB 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi Respon: - Pasien mengatakan kaki masih kebas - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 18.04 WIB 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi Respon: - Pasien mengatakan tidak merasa pusing - Nadi : 103 x/menit	5	5	3	5	- Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 5 (0-10) O: - Sendi kaki pasien masih tampak kaku - Gerakan masih terbatas - Pasien masih tampak lemah - ROM <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-7  Lefi	5	5	3	5
5	5																
3	5																
5	5																
3	5																
5	5																
3	5																

-	ROM				- TD: 144/87 mmHg
	5	5			
	3	5			
			4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	4. Membantu mendeteksi perubahan kondisi fisik atau tanda-tanda ketidaknyamanan yang mungkin muncul.	17.33 WIB 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Respon: - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 5 (0-10)
		Terapeutik	5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu	Terapeutik 5. Memastikan bahwa pasien dapat berpindah posisi dengan aman dan efektif. Ini penting untuk mengurangi risiko komplikasi seperti tekanan luka atau penurunan massa otot akibat imobilitas.	18.06 WIB 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu Respon: - Pasien mengatakan sudah mau melakukan pergerakan seperti miring kiri dan kanan - Pasien mampu bergerak dengan lebih baik setelah didampingi, menunjukkan peningkatan stabilitas
			6. Libatkan keluarga untuk membantu	6. Dukungan emosional dan praktis yang penting untuk	18.05 WIB 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

		pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (posisi berbaring ke duduk)	motivasi dan kepatuhan pasien terhadap rencana rehabilitasi. Edukasi 7. Untuk membangun kepercayaan diri dan keterampilan secara bertahap. Ini membantu pasien menyesuaikan diri dengan aktivitas fisik dan meningkatkan keterampilan mereka dalam mengelola mobilitas sehari-hari.	meningkatkan ambulasi Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman ketika anggota keluarga ikut membantu selama sesi ambulasi - Keluarga pasien kooperatif 18.07 WIB 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) Respon: - Pasien merasa lebih percaya diri setelah mendapatkan penjelasan - Sendi kaki pasien masih tampak kaku - Gerakan masih terbatas - Pasien masih tampak lemah	
(D.0109) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan belum mau	SLKI: Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Ada keinginan untuk melakukan	SIKI: Dukungan Perawatan Diri (L.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian	Observasi 1. Untuk menentukan seberapa banyak bantuan yang diperlukan	Selasa, 2 Juni 2026 18.08 WIB 1. Memonitor tingkat kemandirian Respon: - Pasien mengatakan sudah mau mengganti baju	S: - Pasien mengatakan sudah mau mengganti baju. O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke

mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri DO: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri Pasien tidak mampu ke toilet sendiri	perawatan diri 2. Pasien belum mampu mandi sendiri 3. Pasien mampu berpakaian sendiri 4. Pasien belum mampu ke toilet mandiri	2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)	2. Membantu memastikan pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri dengan lebih mudah dan mandiri. Ini mengurangi risiko kesulitan dan ketergantungan berlebih. Terapeutik 3. mendukung kenyamanan dan mengurangi stres selama perawatan diri. Suasana yang menyenangkan dapat meningkatkan motivasi dan membuat pasien merasa lebih aman dan nyaman saat melakukan aktivitas perawatan diri.	- Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan pispot) 18.09 WIB 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Respon: - Pasien mengungkapkan kesulitan menggunakan alat mandi biasa - Keluarga pasien memenuhi kebutuhan kebersihan diri 18.12 WIB 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) Respon: - Pasien mengungkapkan merasa lebih tenang dan nyaman di lingkungan yang hangat dan privat - Bed tertutup sampiran 18.35 WIB 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti	toilet sendiri (menggunakan pispot) A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1-5 
--	--	---	---	--	--

		parfum sikat gigi, dan sabun mandi)	lebih siap dan nyaman. Ini memastikan bahwa semua alat yang diperlukan tersedia dan mengurangi gangguan selama perawatan diri.	baju dan seka Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih segar dan bersemangat setelah menggunakan produk kebersihan pribadi yang disediakan - Telah disediakan oleh keluarga baju ganti, tisu basah dan washlap	
		5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	5. Mampu melakukan perawatan diri secara mandiri memastikan bahwa mereka mendapatkan bimbingan dan dukungan yang diperlukan untuk belajar dan merasa lebih percaya diri dalam melaksanakan aktivitas tersebut.	18.36 WIB 5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (seka) Respon: - Pasien merasa lebih percaya diri dan nyaman ketika didampingi selama perawatan diri - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri	
(D.0142) Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur)	SLKI: Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	SIKI: Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Observasi 1. Pemantauan tanda infeksi bertujuan untuk mendeteksi secara dini terjadinya infeksi sehingga tindakan penanganan dapat	Selasa, 2 Juni 2026 15.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Respon: - Pasien kooperatif saat dilakukan pemeriksaan. Luka operasi tampak	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5$

	3. Tidak ada tanda tanda infeksi 4. Kadar sel darah putih membaik 11.000-18.000/μL	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung.	segera dilakukan. Terapeutik 2. Pembatasan jumlah pengunjung bertujuan mengurangi paparan mikroorganisme dari lingkungan luar yang dapat meningkatkan risiko transmisi infeksi pada pasien.	tertutup balutan bersih dan kering - Pasien mengatakan tidak merasakan demam, menggigil, atau keluarnya cairan dari area luka. - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 29.000 /μL (Meningkat) 15.03 WIB 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon: - Pasien dan keluarga memahami anjuran yang diberikan serta bersedia membatasi jumlah pengunjung selama masa perawatan. 15.05 WIB 3. Mencuci tangan sebelum	cm. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 29.000 /μL (Meningkat) A: Masalah keperawatan Risiko infeksi teratasi Sebagian P: lanjutkan intervensi 1-11  LeFi
--	---	--	---	---	--

		dan sesudah kontak dengan klien da lingkungan klien	merupakan metode paling efektif untuk mencegah transmisi mikroorganisme dan mengurangi risiko infeksi silang antara tenaga kesehatan, pasien, dan lingkungan.	dan sesudah kontak dengan klien da lingkungan klien Respon: - Pasien dan keluarga memperhatikan tindakan yang dilakukan perawat dan memahami pentingnya menjaga kebersihan tangan untuk mencegah infeksi.	
		Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Edukasi 4. Edukasi membantu meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga agar mampu mengenali gejala infeksi secara dini dan segera melaporkan perubahan kondisi.	15.07 WIB 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi Respon: - Pasien mampu mengulangi kembali beberapa tanda infeksi seperti demam, kemerahan, bengkak, nyeri bertambah, dan keluarnya cairan dari luka operasi.	
		5. Ajarkan cuci tangan dengan benar	5. Cuci tangan yang benar membantu memutus rantai penularan mikroorganisme dan menurunkan kejadian infeksi selama perawatan maupun setelah pulang.	15.09 WIB 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar Respon: - Pasien dan keluarga mampu mempraktikkan langkah-langkah cuci tangan dengan benar sesuai instruksi yang diberikan.	

		6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu	6. Pasien yang mampu melakukan observasi mandiri terhadap luka dapat mendeteksi perubahan kondisi lebih awal sehingga komplikasi dapat dicegah. Kolaborasi 7. Antibiotik digunakan untuk menghambat atau membunuh mikroorganisme penyebab infeksi sesuai indikasi medis, sedangkan imunisasi membantu meningkatkan perlindungan tubuh terhadap penyakit tertentu.	15.20 WIB 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka Respon: - Pasien dan keluarga memahami cara mengamati kondisi luka operasi serta mampu menyebutkan tanda-tanda yang perlu segera dilaporkan kepada petugas kesehatan, seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan dari luka 15.01 WIB 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu Respon: - Pasien bersedia menerima terapi antibiotik sesuai program medis dan tidak menunjukkan reaksi alergi maupun keluhan setelah pemberian obat.	
--	--	---	---	---	--

E. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari (Tanggal/Jam)	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan	Tanda Tangan
Rabu, 3 Juni 2026	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) (D.0007)	S: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 4 (0-10). - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien tampak meringis sesekali - Nadi: 98 x/menit - TD: 135/76 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit. A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) P: Lanjutkan intervensi 1-9 I: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Memberikan teknik non farmakologis guide imagery dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan bedrest 8. Menganjurkan teknik guide imagery dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit 9. Mengkolaborasi pemberian tramadol drip Ns 500 ml	

		E: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian					
	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis (D.0129)	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 15 cm × 5 cm. A: Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis P: Lanjutkan Intervensi 1-12 I: 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran , bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar luka 6. Melihat balutan sesuai jenis luka 7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban 8. Melihat balutan sesuai luka 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV E: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi sebagian	 Lefi				
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	S: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 4 (0-10) O: - Sendi kaki pasien mulai tidak kaku - Gerakan masih minimal - Pasien masih tampak lemah - ROM<table border="1" data-bbox="796 1865 997 1933"><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	 Lefi
5	5						
3	5						

		A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang P: Lanjutkan intervensi 1-7 I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) E: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
	Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	S: - Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan pispot) A: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan P: lanjutkan intervensi 1-5 I: 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti baju dan seka 5. Mendampingi dalam melakukan	

		perawatan diri (seka) E: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian	
	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) (D.0142)	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 29.000 /μL (Meningkat) A: Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) P: lanjutkan intervensi 1-7 I: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu E: Masalah keperawatan Risiko infeksi teratasi Sebagian	 LeFi
Kamis, 4 Juni 2026	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) (D.0007)	S: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 3 (0-10). T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien tampak meringis sesekali - Nadi: 87 x/menit - TD: 129/76 mmHg - Pasien mampu bergerak tanpa menghindari nyeri A: Nyeri akut berhubungan dengan agen	 LeFi

		pencedera fisik (post operasi ORIF) P: Hentikan intervensi I: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Memberikan teknik non farmakologis guide imagery dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan bedrest 8. Menganjurkan teknik guide imagery dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit 9. Mengkolaborasi pemberian tramadol drip Ns 500 ml E: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi	
	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis (D.0129)	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 3 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. - Leukosit $15.600 /\mu\text{L}$ A: Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis P: Hentikan Intervensi I: 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar luka 6. Melihat balutan sesuai jenis luka	

		7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban 8. Melihat balutan sesuai luka 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV E: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	S: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 3 (0-10) O: - Sendi kaki pasien tidak kaku - Gerakan mulai bisa duduk (tidak menapakkan kaki) - Badan mulai segar tidak lemah - ROM 5 3 5 5 A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang P: Hentikan intervensi I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) E: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi	 LeFi
	Defisit	S:	

	Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	- Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan pispot) A: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan P: Hentikan intervensi I: 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti baju dan seka 5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (seka) E: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi	
	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) (D.0142)	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. A: Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) I: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu P: Hentikan intervensi	

Lampiran 9 Askep Ny. I

A. PENGKAJIAN**1. Biodata****a. Klien**

Jawab

Nama (Inisial) : Ny. I
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Umur : 74 tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Suku : Sunda
 Agama : Islam
 Alamat : Kalangsari
 Status Perkawinan : kawin
 Diagnosa Medis : Fraktur Femur
 Dextra Post
 ORIF

 Tanggal Masuk : 01 Mei 2026
 Tanggal : 02 Juni 2026
 Pengkajian
 No. RM : 23085867

b. Penanggung

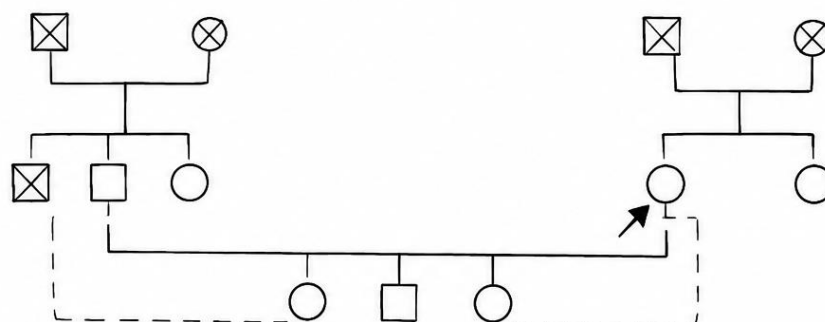
Nama (Inisial) : Tn. A
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Umur : 80 tahun
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Buruh
 Agama : Islam
 Alamat : Kalangsari
 Hub dengan klien : Suami

2. Riwayat Kesehatan

a. Alasan masuk RS : Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 1 Juni melalui IGD pada pukul 19.20 WIB, pasien terjatuh di dapur, mengeluh nyeri pada paha sebelah kanan nyeri bertambah pada kaki digerakkan dan saat berubah posisi, nyeri seperti tertusuk

- b. Keluhan utama saat pengkajian : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Juni 2026 pasien mengeluh nyeri.
- c. Riwayat kesehatan sekarang : Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Juni 2026, pasien perawatan hari ke 2, POD 1.
- P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.
- Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat.
- R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan
- S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 8 (0-10).
- T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.
- d. Riwayat kesehatan dahulu : RPD: tidak ada
Riwayat operasi: tidak ada
Riwayat alergi: tidak ada
- e. Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga pasien tidak memiliki penyakit keturunan

f. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Ikatan pernikahan



: Ikatan darah



: Meninggal



: Pasien

3. Data Biologis

a. Penampilan umum

Kesadaran: Composmentis, GCS: E4V5E6

Pasien tampak lemah, Pasien tampak meringis. Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.

b. Tanda-tanda vital

Nadi : 113 x/menit

TD : 142/90 mmHg

Pernapasan : 29 x/menit

SpO2 : 98%

Suhu : 36 °C

c. Antropometri

BB/TB :

$$IMT = \frac{BB}{(TB)^2}$$

$$IMT = \frac{40}{(1,5)^2}$$

$$IMT = 17,78$$

$$IMT \text{ normal} = 18,5-25$$

d. Balance cairan**Intake :**

- Makan:200
- Minum : 300
- Infus: 1500

Total 2000**Output :**

- BAB:200
- BAK : 600
- IWL : 1050

Total 1750

$$\begin{aligned}\text{Balance cairan} &= \text{intake} - \text{output} \\ &= 2000 - 1850 \\ &= +150\end{aligned}$$

e. Activity Daily Living

Aktifitas	Di Rumah	Di RS
Nutrisi : d. Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan e. Minum - Jenis - Frekuensi - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Nasi, sayur, tempe 3x sehari 1 porsi Makanan tinggi natrium dan lemak - Air putih 5-6 gelas ±1500 ml Minuman mengandung kafein -	Nasi lembek, sayur, tempe, tahu 2x sehari 1 porsi Makanan tinggi natrium dan lemak - Air putih 3 gelas ±300 ml Minuman mengandung kafein -
Eliminasi fekal : - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	1x sehari ± 200 mg Kuning kecoklatan Khas Feses Tidak ada	1x sehari ± 200 mg Kecoklatan Khas Feses Tidak ada
Eliminasi urin : - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	4-5x/sehari ± 660-1320 cc/24 jam Kuning jernih Khas urine Tidak ada	4-5x/sehari ± 500 ml Kuning jernih Khas urine Tidak ada
Istirahat dan Tidur a. Malam - Durasi	7 jam	□ 8 jam

- Pukul - Kesulitan	22.00-05.00 Tidak ada	21.00-05.00 Tidak ada
c. Siang - Durasi - Pukul - Kesulitan	± 2 jam 12.00-14.00 WIB Tidak ada	± 1 jam 10.00-11.00 WIB Tidak ada
Aktifitas sehari-hari : - Mobilisasi - Aktivitas yang dilakukan f. Kesulitan	Mandiri Mandiri Tidak ada	Klien di bantu oleh keluarga dalam melakukan mobilisasi Berbaring ditempat tidur Gangguan mobilisasi
Personal hygiene : - Mandi - Gosok gigi - Memakai baju - Kesulitan	2 x sehari 2 x sehari 2 x sehari Mandiri	Makanan yang dihabiskan 1 porsi setiap makan, frekuensi makan 2 x/24 jam. Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri. Pasien tidak mampu mandi sendiri. Pasien tidak mampu menggunakan celana sendiri. Pasien tidak mampu ke toilet sendiri

4. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem persyarafan

1) Tingkat kesadaran

Compos mentis. GCS 15 E4V5M6

Eye 4 = Membuka secara spontan

Verbal 5 = Orientasi baik

Motorik 6 = Mengikuti perintah

2) Refleks-refleks

Refleks biceps (+)

Refleks triceps (+)

Refleks patella (+)

Refleks babinski (+)

Brudzinski sign 1&2 (-)

Refleks achilles (-)

Kaku kuduk (-)

Laseque sign (-)

Kernig sign (-)

3) Status mental

baik

4) Nervus cranial

- N.1 olfactorius : klien dapat membedakan aroma kayu putih dan kopi dengan kedua lubang hidung
- N.2 optikus : lapang pandang baik, klien bisa membaca tulisan pada kertas bertuliskan 'saya ingin sembuh'
- N.3,4,6 okulomotorius, trochlear, abducens : refleks pupil terhadap cahaya (+/+), ukuran pupil bulat isokor 3mm. Mata klien dapat mengikuti arah gerak telunjuk perawat. Tidak nampak deviasi, diplopia dan nistagmus. Klien dapat melirik ke kanan dan ke kiri tanpa menengok
- N.5 trigeminus :
 Refleks korneal (+) ipsilateral. Klien mengedipkan mata saat diberikan sentuhan ujung kapas ke kornea dari arah samping
 Refleks raba : klien dapat merasakan sentuhan kapas yang disentuh ke maxila dan mandibula
 Refleks nyeri : klien dapat membedakan tajam dan tumpul
 Refleks sikap : klien dapat menunjukkan area yang disentuh oleh kapas
 Refleks suhu : klien dapat membedakan panas dan dingin
 Gerakan otot pada temporal dan masester saat mengunyah (+)
- N.7 facialis : klien dapat membedakan rasa asin, manis, dan pahit. Saat di anjurkan tersenyum bibir klien nampak simetris,

klien mampu mengerutkan dahi dan menahan tahanan jari perawat saat menutup mata

- N.8 vestibulokoklearis : klien dapat mendengar bisikan perawat pada telinga kanan dan kiri. Klien tidak dapat berjalan dengan seimbang
- N.9 glossopharingeal dan N.10 vagus : refleks menelan (+)
- N.10 Vagus : gerakan uvula simetris saat berbicara 'aaa'. Artikulasi jelas
- N.11 accesorius :

Fungsi Otot Trapezius

Klien hanya dapat menaikkan bahu kanan dan kiri dengan simetris.

Fungsi Otot Sternoclerdomastoideus

Pasien dapat menoleh ke kiri dan ke kanan, mendekatkan telinga ke bahu kanan dan kiri tanpa mengangkat bahu.

Kekuatan Otot Trapezius

Klien hanya dapat menahan tekanan tangan pemeriksa yang mendorong bahu pasien sebelah kanan dan kiri

Kekuatan Otot Sternoclerdomastoideus

Pasien dapat menoleh ke kiri dan ke kanan serta dapat menahan tahanan.

- N.12 hipoglossus : klien dapat menggerakkan lidah ke kanan dan kiri. Lidah simetris saat dijulurkan ke kanan dan ke kiri.

4. Sistem pernafasan

a) Inspeksi

Septum nasi simetris, tidak terdapat polip, tidak nampak benda asing, peradangan dan pendarahan, tidak nampak penggunaan otot bantu pernapasan. Bentuk dada simetris

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan pada area hidung dan thorax, pergerakan dinding dada simetris, fremitus simetris

c) Perkusi

Sonor pada hampir seluruh lapang paru

d) Auskultasi

Vesikuler tanpa suara nafas tambahan

5. Sistem Cardiovaskuler

e) Inspeksi

Tidak nampak ictus cordis. Konjungtiva tidak anemis. . Tidak nampak sianosis, tidak nampak pembesaran vena jugularis, tidak nampak edema.

f) Palpasi

Ictus cordis teraba di ICS 5, tidak ada nyeri tekan, CRT <2 detik. akral teraba hangat

g) Perkusi

Saat dilakukan perkusi untuk mengetahui batas jantung, terdengar redup (dullnes) pada area :

Bagian atas : ICS II linea sternalis dekstra sampai ICS II linea sternalis sinistra.

Bagian pinggang : ICS III 2-3 cm ke kiri dari linea sternalis kiri.

Bagian bawah : ICS V linea sternalis dekstra dan sinistra sampai ICS IV midklavikula linea sinistra.

h) Auskultasi

Suara jantung S1 S2 tunggal lub dub, tidak ada bunyi jantung tambahan, irama reguler

6. Sistem pencernaan

a) Inspeksi

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir sedikit kering, tidak nampak pembesaran tonsil, abdomen nampak datar, tidak terlihat massa, lesi dan jejas. Sklera anikterik. Pada area anus tidak terdapat lesi, hemoroid, fistula dan fisula

b) Palpasi

Tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat pembesaran hepar

c) Perkusi

Perkusi abdomen timpani di sebagian kuadran abdomen

d) Auskultasi

Bising usus 14x/menit

8. Sistem integumen

a) Inspeksi

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan warna kulit sawo matang sesuai ras. Tidak ditemukan lesi, ruam, maupun tanda iritasi pada kulit. Kebersihan kulit tampak baik dan integritas kulit secara umum utuh. Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. Tidak tampak tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, edema, peningkatan suhu lokal, atau pus. Rambut tumbuh merata dan kuku tampak bersih dengan warna kemerahan normal. Secara keseluruhan, kondisi sistem integumen dalam batas normal dengan adanya luka operasi yang menunjukkan proses penyembuhan yang baik.

b) Palpasi

Turgor kulit baik, kulit teraba hangat, lembap, dan tidak terdapat sianosis maupun ikterus. Capillary refill time (CRT) < 2 detik, serta tidak ditemukan edema pada area yang tidak mengalami cedera.

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

9. Sistem muskuloskeletal

a) Inspeksi

Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya.

Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Sendi kaki pasien tampak kaku.

Gerakan terbatas

b) Palpasi

Akral teraba hangat, tidak terdapat edema dan nyeri tekan

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

e) Movement

Kekuatan otot	5	5
	3	5

10. Sistem genitourinaria

a) Inspeksi

Tidak ada luka, massa atau jejas pada area genetalia, kebersihan baik.

b) Palpasi

Kandung kemih tidak ada nyeri tekan dan distensi

c) Perkusi

Tidak dilakukan

d) Auskultasi

Tidak dilakukan

5. Data Psikososial

1. Psikososial

a. Non verbal

Klien nampak berbaring di tempat tidur, klien kooperatif dan memperhatikan perawat saat berbicara

b. Verbal

Artikulasi klien jelas dan dapat menjawab pertanyaan yang di ajukan

c. Status emosi

Emosi pasien stabil, pasien tidak sensitif, pasien tidak mudah marah, selalu ramah terhadap perawat dan pasien yang lainnya, pasien sabar dalam menghadapi kondisinya saat ini

d. Konsep diri

Selama sakit dan selama dirawat di rumah sakit, pasien hanya berbaring, pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Klien dan keluarga berharap bisa segera pulih dan dapat pulang ke rumah melakukan aktivitas seperti biasanya

e. Interaksi sosial

Klien dapat berhubungan dan berkomunikasi baik dengan perawat dan keluarga serta pasien lain

f. Pola koping

Klien dan keluarga menerima dengan ikhlas dan sabar kondisinya saat ini dan menjalani setiap pengobatan yang diberikan dengan harapan dapat segera pulih

g. Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

2. Spiritual

Klien beragama islam dan meyakini bahwa sakit yang di alami merupakan ujian dari Allah SWT. Klien dan keluarga selalu berusaha dan berdoa untuk kesembuhan klien

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Laboratorium
Hb: 12,3 g/dL (Normal)

Ht: 36% ()
Leukosit: 16.200 / μ L (Meningkat)
Trombosit: 150.000/mm ³ (Normal)
GDS: 124 g/dL (Normal)
Kalium: 3,7 mmol/l (Normal)
Kalsium: 1,06 mmol/L (Normal)
Kreatinin: 0,46 mg/dl (Normal)
Natrium: 138 mmol/l (Normal)
Ureum: 23 mg/dl (Normal)

b. Rontgen

Pasien mengalami fraktur os Femur Kanan 1/3 tengah

7. Progam Terapi

Obat	Dosis	Rute	Fungsi
RL	20 tpm	IV	Cairan isotonik
OMZ	2 x 1	IV	Menurunkan produksi asam lambung, mencegah gastritis dan tukak lambung akibat stres pasca operasi atau penggunaan obat antiinflamasi (misalnya ketorolac).
Ketorolac	3 x 30 mg	IV	Mengurangi nyeri sedang hingga berat pasca operasi dengan menghambat sintesis prostaglandin penyebab nyeri dan inflamasi.
Ceftriazone	2 x 1 gr	IV	Mencegah dan mengatasi infeksi bakteri, terutama infeksi luka operasi dan infeksi nosokomial.
Kalnex	3 x 500 mg	IV	Mengurangi perdarahan dengan menghambat pemecahan fibrin (bekuan darah), sering diberikan

			pada pasien operasi ortopedi untuk menurunkan kehilangan darah.
--	--	--	---

B. ANALISA DATA

No	Data	Kemungkinan penyebab - dampak	Masalah Keperawatan
1.	DS: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 8 (0-10). - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: - Pasien tampak meringis - Nadi: 113 x/menit - TD: 142/90 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.	Fraktur Femur ↓ Kerusakan jaringan tulang, otot, pembuluh darah, dan saraf ↓ Tindakan operasi ORIF (insisi dan pemasangan implant) ↓ Trauma jaringan ↓ Pelepasan mediator inflamasi (prostaglandin, histamin, bradikinin, sitokin) ↓ Stimulasi nosiseptor ↓ Impuls nyeri dikirim ke SSP ↓ Nyeri Akut ↓ Meringis, peningkatan nadi dan tekanan darah	(D.0007) Nyeri akut
2.	DS: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). DO: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix	Tindakan Operasi ORIF ↓ Pembuatan insisi bedah ↓ Terputusnya kontinuitas kulit dan jaringan	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

	berukuran ± 12 cm × 5 cm.	↓ Kerusakan jaringan lunak ↓ Respons inflamasi lokal ↓ Edema, nyeri, dan luka operasi ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan					
3.	DS: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. DO: - Sendi kaki pasien tampak kaku - Gerakan terbatas - Pasien tampak lemah - ROM<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	Fraktur Femur ↓ Kerusakan struktur tulang ↓ Tindakan ORIF ↓ Nyeri pasca operasi ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Kekakuan sendi ↓ Keterbatasan rentang gerak (ROM) ↓ Pasien menghindari pergerakan ekstremitas ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
5	5						
3	5						
4.	DS: - Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien masih trauma nyeri DO: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu menggunakan celana sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri	Fraktur Femur Post ORIF ↓ Nyeri dan keterbatasan gerak ↓ Kelemahan fisik ↓ Ketidakmampuan berdiri dan berjalan ↓ Ketergantungan terhadap bantuan	(D.0109) Defisit Perawatan diri				

		orang lain ↓ Kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari ↓ Defisit Perawatan Diri	
5.	Ds: - DO: -	Operasi ORIF ↓ Insisi bedah ↓ Terputusnya pertahanan primer kulit ↓ Pemasangan implant/internal fixation ↓ Adanya pintu masuk mikroorganisme ↓ Paparan bakteri lingkungan ↓ Penurunan kemampuan pertahanan lokal jaringan ↓ Risiko Infeksi	(D.0142) Risiko Infeksi

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI

1. (D.0007) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) dibuktikan dengan

DS:

- P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.

Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat.

R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan

S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 8 (0-10).

T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

DO:

- Pasien tampak meringis
- Nadi: 113 x/menit
- TD: 142/90 mmHg
- Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.

2. (D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktoe mekanis (post operasi ORIF) dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10).

DO:

- Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$.

3. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya
- Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri.

DO:

- Sendi kaki pasien tampak kaku
- Gerakan terbatas
- Pasien tampak lemah
- ROM

5	5
3	5

4. (D.0109) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

DS:

- Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri

DO:

- Pasien tidak mampu mandi sendiri
- Pasien tidak mampu menggunakan celana sendiri
- Pasien tidak mampu ke toilet sendiri

5. (D.0142) Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur)

DS: -

DO: -

F. INTERVENSI, IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Data	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan	Intervensi	Rasional		
(D.0007) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) dibuktikan dengan DS: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 8 (0-10).	SLKI: Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 5 (0-10) 2. Pasien meringis sesekali saat bergerak 3. Frekuensi nadi membaik dalam rentan 80-100 x / menit 4. Tekanan darah pasien membaik dengan sistol dalam rentang 130-140 mmHg dan diastol dalam rentang 80-89 mmHg 5. Pasien mampu bergerak tanpa menghindari nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal.	Observasi 1. Memahami factor dan karakteristik nyeri (seperti tajam, berdenyut, atau tumpul) membantu dalam diagnosis dan perencanaan perawatan. Durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri memberikan informasi tentang pola nyeri dan seberapa mengganggu nyeri tersebut. 2. Skala nyeri, seperti skala angka (0-10) atau skala wajah, digunakan untuk mengukur intensitas nyeri secara subjektif. 3. Respon nonverbal seperti ekspresi wajah, posisi tubuh, ini membantu dalam penilaian nyeri	Selasa, 2 Juni 2026 15.50 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Respon: - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan. - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. 15.51 WIB 2. Mengidentifikasi skala nyeri. Respon: - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 8 (0-10). 15.52 WIB 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Respon:	S: P: Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan. S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien masih tampak meringis - Nadi: 111 x/menit - TD: 154/96 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit. A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1-9 

T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: - Pasien tampak meringis - Nadi: 113 x/menit - TD: 142/90 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit.		4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender)	yang lebih komprehensif dan mendalam. 4. Mengetahui factor yang memperberat atau memperingan nyeri, seperti aktivitas fisik, posisi tubuh, atau factor lingkungan, membantu dalam merencanakan strategi manajemen nyeri yang lebih efektif dan menghindari pemicu nyeri. Terapeutik 5. Teknik non-farmakologis dapat membantu mengurangi nyeri dengan cara yang tidak melibatkan obat-obatan dan membantu mengurangi nyeri melalui mekanisme penghilang stres, relaksasi, dan modulasi nyeri.	- Pasien masih tampak meringis - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit 15.53 WIB 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Respon: - P: Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. 15.54 WIB 5. Memberikan teknik non farmakologis <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih baik setelah melakukan terapi <i>guide imagery</i>	
--	--	---	--	---	--

			dan aromaterapi lavender - Pasien mampu melakukan terapi <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender	
	6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).	6. Lingkungan yang nyaman dapat membantu mengurangi nyeri. Suhu ruangan yang nyaman, pencahayaan yang sesuai, dan pengendalian kebisingan dapat mengurangi stres	15.56 WIB 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran Respon: - Pasien mengatakan lebih nyaman jika sampiran tertutup	
	7. Fasilitasi istirahat dan tidur.	7. Untuk pemulihan dan manajemen nyeri. Kurangnya tidur atau istirahat dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri dan memperlambat proses penyembuhan.	20.59 WIB 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan <i>bedrest</i> Respon: - Pasien <i>bedrest</i> - TD: 154/96 mmHg	
	Edukasi 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi	Edukasi 8. Untuk mengelola nyeri secara mandiri. Pemahaman tentang bagaimana menggunakan teknik seperti relaksasi,	15.00 WIB 8. Menganjurkan teknik <i>guide imagery</i> dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit Respon:	

		rasa nyeri (<i>guided imagery</i> dan aromaterapi lavender) Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	biofeedback, atau kompres hangat/dingin dapat memberdayakan pasien dan meningkatkan keterlibatan mereka dalam perawatan mereka sendiri. Kolaborasi 9. Untuk mengontrol nyeri. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik memastikan bahwa obat yang tepat diberikan dengan dosis yang benar untuk mengurangi nyeri secara efektif. Ini juga mencakup penilaian berkelanjutan untuk memonitor efek samping dan efektivitas pengobatan	- Pasien mengatakan mampu melakukan dengan sendirinya - Nadi: 111 x /menit - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). 16.05 WIB 9. Mengkolaborasi pemberian ketorolac 1 Respon: - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat - Telah diberikan obat ketorolac 1 amp	
(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktoe mekanis (post operasi ORIF) dibuktikan dengan: DS: - Pasien	SLKI: Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan tingkat integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri	Perawatan Luka (I.14504) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)	Observasi 1. Memantau karakteristik luka seperti drainase, warna, ukuran, dan bau membantu mengevaluasi proses penyembuhan dan mendeteksi adanya komplikasi.	Selasa, 02 Juni 2026 14.20 WIB 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran , bau) Respon: - Warna: masih tertutup perban - Ukuran: Terdapat luka operasi post ORIF	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 12 cm × 5 cm. A: Masalah keperawatan gangguan

mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 7 (0-10). DO: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$.	2. Kerusakan lapisan kulit menurun dengan jahitan tidak lepas dan mengering dan kerusakan jaringan menurun dengan luka tidak infeksi	2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu	2. Mengamati tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, panas, dan nyeri penting untuk mengidentifikasi infeksi lebih awal. Ini memungkinkan intervensi cepat untuk mencegah penyebaran infeksi dan memperbaiki hasil penyembuhan luka. Terapeutik 3. Melepaskan balutan dan plester dengan hati-hati mengurangi risiko trauma pada jaringan luka dan nyeri pada pasien. Ini juga membantu menjaga integritas luka dan mempercepat proses penyembuhan. 4. Mencukur rambut di sekitar luka, jika perlu, mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi dari rambut yang mungkin	pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. - Bau: luka tidak bau 14.21 WIB 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon: - Sekitar luka tidak ada rubor, kalor, tumor, dolor, functio laesa. - Suhu kulit tidak panas $36,5^{\circ} \text{C}$ 14.22 WIB 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester Respon: - Terdapat kerusakan jaringan yang tertutup perban (bukan perban yang tahan air) 14.23 WIB 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka Respon: Pasien mau rambut di area perut bagian bawah	integritas kulit teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1-12 
---	---	---	--	--	--

		menyebabkan masalah saat perawatan luka.	dicukur	
	5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl (saline) atau pembersih nontoksik membantu menghilangkan kotoran dan patogen tanpa merusak jaringan sehat di sekitar luka.	14.30 WIB 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar luka Respon: Pasien kooperatif mau dibersihkan	
	6. Pasang balutan sesuai jenis luka	6. Memilih balutan yang sesuai dengan jenis luka membantu menciptakan lingkungan penyembuhan yang optimal.	14.35 WIB 6. Melihat balutan sesuai jenis luka Respon: Balutan menggunakan kassa hypafix	
	7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka	7. Teknik steril mencegah kontaminasi luka dengan mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi.	14.34 WIB 7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban Respon: Pasien kooperatif	
	8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	8. Mengganti balutan secara berkala sesuai jumlah eksudat dan drainase menghindari pembentukan kelembapan berlebih yang dapat meningkatkan risiko	14.35 WIB 8. Melihat balutan sesuai luka Respon: Sekitar luka masih ada kemerahan	

		infeksi.		
	9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	9. Perubahan posisi secara teratur mencegah tekanan berlebihan pada area tertentu, mengurangi risiko perkembangan luka tekan atau ulkus dekubitus, dan meningkatkan sirkulasi darah di area yang terkena.	14.36 WIB 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Respon: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10).	
	Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Edukasi 10. Mengedukasi tentang pentingnya asupan kalori dan protein untuk penyembuhan luka membantu pasien membuat pilihan diet yang mendukung kesehatan mereka.	14.37 WIB 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon: Pasien mampu mengulang apa yang dijelaskan	
	11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	11. Untuk mengelola perawatan luka mereka sendiri dengan lebih baik. Ini meningkatkan kemandirian dan mempercepat proses penyembuhan dengan memastikan perawatan yang konsisten.	14.40 WIB 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Respon:	

		Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	Kolaborasi 12. Pemberian antibiotik kolaboratif diperlukan jika infeksi luka terdeteksi atau ada risiko infeksi. Antibiotik membantu mengatasi infeksi bakteri dan mendukung proses penyembuhan dengan mengeliminasi patogen penyebab infeksi.	15.01 WIB 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV Respon: Telah diberikan antibiotik ceftriaxone 1gr vial melalui IV					
(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika	SLKI: Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pasien tidak mengeluh kesulitan menggerakkan kaki serta badannya 2. Keluhan nyeri menurun dengan skala 4-5 (0-10) jika kaki digerakkan 3. Sendi tidak kaku 4. Gerakan pasien sudah bebas perlahan dengan Pasien mau belajar duduk hingga dengan perlahan 5. Lemah menurun	SIKI: Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	Observasi 1. Membantu mengidentifikasi adanya masalah yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak. 2. Membantu menentukan sejauh mana pasien dapat melakukan aktivitas tanpa mengalami kelelahan yang berlebihan atau reaksi fisik	Selasa, 2 Juni 2026 18.30 WIB 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: - Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Terdapat ekspresi wajah yang menunjukkan ketidaknyamanan, pasien menghindari gerakan tertentu 18.31 WIB 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi Respon: - Pasien mengatakan kaki masih kebas	S: - Pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 7 (0-10) O: - Sendi kaki pasien masih tampak kaku - Gerakan masih terbatas - Pasien masih tampak lemah - ROM<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	5	5	3	5
5	5								
3	5								

diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. DO: - Sendi kaki pasien tampak kaku - Gerakan terbatas - Pasien tampak lemah - ROM <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	6. Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5. Fasilitasi melakukan	yang merugikan. 3. Untuk memastikan bahwa pasien dalam kondisi stabil secara hemodinamik. 4. Membantu mendeteksi perubahan kondisi fisik atau tanda-tanda ketidaknyamanan yang mungkin muncul. Terapeutik 5. Memastikan bahwa pasien dapat berpindah posisi	- Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 19.04 WIB 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi Respon: - Pasien mengatakan tidak merasa pusing - Nadi : 111 x/menit - TD: 154/96 mmHg 19.33 WIB 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Respon: - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 7 (0-10) 19.06 WIB 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu	5	5	3	5	P: Lanjutkan intervensi 1-7  Lefi
5	5																
3	5																
5	5																
3	5																
5	5																
3	5																

	mobilisasi fisik, jika perlu	dengan aman dan efektif. Ini penting untuk mengurangi risiko komplikasi seperti tekanan luka atau penurunan massa otot akibat imobilitas.	Respon: - Pasien mengatakan sudah mau melakukan pergerakan seperti miring kiri dan kanan - Pasien mampu bergerak dengan lebih baik setelah didampingi, menunjukkan peningkatan stabilitas	
	6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	6. Dukungan emosional dan praktis yang penting untuk motivasi dan kepatuhan pasien terhadap rencana rehabilitasi.	19.05 WIB 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman ketika anggota keluarga ikut membantu selama sesi ambulasi - Keluarga pasien kooperatif	
	Edukasi 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (posisi berbaring ke	Edukasi 7. Untuk membangun kepercayaan diri dan keterampilan secara bertahap. Ini membantu pasien menyesuaikan diri dengan aktivitas fisik dan meningkatkan	19.07 WIB 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) Respon: - Pasien merasa lebih percaya diri setelah	

		duduk)	keterampilan mereka dalam mengelola mobilitas sehari-hari.	mendapatkan penjelasan - Sendi kaki pasien masih tampak kaku - Gerakan masih terbatas - Pasien masih tampak lemah	
(D.0109) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan: DS: - Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri DO: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu menggunakan celana sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri	SLKI: Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Ada keinginan untuk melakukan perawatan diri 2. Pasien belum mampu mandi sendiri 3. Pasien mampu berpakaian sendiri 4. Pasien belum mampu ke toilet mandiri	SIKI: Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Observasi 1. Untuk menentukan seberapa banyak bantuan yang diperlukan 2. Membantu memastikan pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri dengan lebih mudah dan mandiri. Ini mengurangi risiko kesulitan dan ketergantungan berlebih.	Selasa, 2 Juni 2026 17.08 WIB 1. Memonitor tingkat kemandirian Respon: - Pasien mengatakan sudah mau mengganti baju - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan diapers) 17.09 WIB 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Respon: - Pasien mengungkapkan kesulitan menggunakan alat	S: - Pasien mengatakan sudah mau mengganti baju. O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan diapers) A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1-5 

		Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 4. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)	Terapeutik 3. mendukung kenyamanan dan mengurangi stres selama perawatan diri. Suasana yang menyenangkan dapat meningkatkan motivasi dan membuat pasien merasa lebih aman dan nyaman saat melakukan aktivitas perawatan diri. 4. Untuk perawatan diri membantu pasien merasa lebih siap dan nyaman. Ini memastikan bahwa semua alat yang diperlukan tersedia dan mengurangi gangguan selama perawatan diri.	mandi biasa - Keluarga pasien memenuhi kebutuhan kebersihan diri 17.12 WIB 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) Respon: - Pasien mengungkapkan merasa lebih tenang dan nyaman di lingkungan yang hangat dan privat - Bed tertutup sampiran 17.35 WIB 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti baju dan seka Respon: - Pasien mengatakan merasa lebih segar dan bersemangat setelah menggunakan produk kebersihan pribadi yang disediakan - Telah disediakan oleh keluarga baju ganti, tisu basah dan	
--	--	---	---	--	--

		5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	5. Mampu melakukan perawatan diri secara mandiri memastikan bahwa mereka mendapatkan bimbingan dan dukungan yang diperlukan untuk belajar dan merasa lebih percaya diri dalam melaksanakan aktivitas tersebut.	washlap 17.36 WIB 5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (seka) Respon: - Pasien merasa lebih percaya diri dan nyaman ketika didampingi selama perawatan diri - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri	
(D.0142) Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur)	SLKI: Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada tanda tanda infeksi 2. Kadar sel darah putih membaik 11.000-21.000/ μ L	SIKI: Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Observasi 1. Pemantauan tanda infeksi bertujuan untuk mendeteksi secara dini terjadinya infeksi sehingga tindakan penanganan dapat segera dilakukan.	Selasa, 2 Juni 2026 15.00 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Respon: - Pasien kooperatif saat dilakukan pemeriksaan. Luka operasi tampak tertutup balutan bersih dan kering - Pasien mengatakan tidak merasakan demam, menggigil, atau keluarnya cairan dari area luka. - Pada regio femur	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 15 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 29.000 / μ L (Meningkat) A: Masalah keperawatan Risiko infeksi teratasi Sebagai P: lanjutkan intervensi 1-11

			terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 16.200 /μL (Meningkat)	
	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung.	Terapeutik 2. Pembatasan jumlah pengunjung bertujuan mengurangi paparan mikroorganisme dari lingkungan luar yang dapat meningkatkan risiko transmisi infeksi pada pasien.	15.03 WIB 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon: - Pasien dan keluarga memahami anjuran yang diberikan serta bersedia membatasi jumlah pengunjung selama masa perawatan.	
	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien di lingkungan klien	3. Kebersihan tangan merupakan metode paling efektif untuk mencegah transmisi mikroorganisme dan mengurangi risiko infeksi silang antara tenaga kesehatan, pasien, dan lingkungan.	15.05 WIB 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien di lingkungan klien Respon: - Pasien dan keluarga memperhatikan tindakan yang	

			dilakukan perawat dan memahami pentingnya menjaga kebersihan tangan untuk mencegah infeksi.	
	Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Edukasi 4. Edukasi membantu meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga agar mampu mengenali gejala infeksi secara dini dan segera melaporkan perubahan kondisi.	15.07 WIB 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi Respon: - Pasien mampu mengulangi kembali beberapa tanda infeksi seperti demam, kemerahan, bengkak, nyeri bertambah, dan keluarnya cairan dari luka operasi.	
	5. Ajarkan cuci tangan dengan benar	5. Cuci tangan yang benar membantu memutus rantai penularan mikroorganisme dan menurunkan kejadian infeksi selama perawatan maupun setelah pulang.	15.09 WIB 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar Respon: - Pasien dan keluarga mampu mempraktikkan langkah-langkah cuci tangan dengan benar sesuai instruksi yang diberikan.	
	6. Ajarkan cara	6. Pasien yang mampu	15.20 WIB 6. Mengajarkan cara	

		memeriksa kondisi luka Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu	melakukan observasi mandiri terhadap luka dapat mendeteksi perubahan kondisi lebih awal sehingga komplikasi dapat dicegah. Kolaborasi 7. Antibiotik digunakan untuk menghambat atau membunuh mikroorganisme penyebab infeksi sesuai indikasi medis, sedangkan imunisasi membantu meningkatkan perlindungan tubuh terhadap penyakit tertentu.	memeriksa kondisi luka Respon: - Pasien dan keluarga memahami cara mengamati kondisi luka operasi serta mampu menyebutkan tanda-tanda yang perlu segera dilaporkan kepada petugas kesehatan, seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan dari luka 15.01 WIB 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu Respon: - Pasien bersedia menerima terapi antibiotik sesuai program medis dan tidak menunjukkan reaksi alergi maupun keluhan setelah pemberian obat.	
--	--	--	---	--	--

G. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari (Tanggal/Jam)	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan	Tanda Tangan
Rabu, 3 Juni 2026	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) (D.0007)	S: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. - Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. - R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan - S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 6 (0-10). - T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien tampak meringis sesekali - Nadi: 100 x/menit - TD: 141/85 mmHg - Pasien tampak lebih sering berbaring telentang dan menghindari menggerakkan tungkai yang sakit. A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) P: Lanjutkan intervensi 1-9 I: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Memberikan teknik non farmakologis guide imagery dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan bedrest 8. Menganjurkan teknik guide imagery dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit 9. Mengkolaborasi pemberian tramadol drip Ns 500 ml	

		E: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian					
	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis (D.0129)	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 6 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran ± 12 cm × 5 cm. A: Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis P: Lanjutkan Intervensi 1-12 I: 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran , bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar luka 6. Melihat balutan sesuai jenis luka 7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban 8. Melihat balutan sesuai luka 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV E: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi sebagian	 Lefi				
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	S: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 6 (0-10) O: - Sendi kaki pasien masih kaku - Gerakan masih minimal - Pasien masih tampak lemah - ROM<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	5	5	3	5	 Lefi
5	5						
3	5						

		A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang P: Lanjutkan intervensi 1-7 I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) E: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
	Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	S: - Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien tidak mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan diapers) A: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan P: lanjutkan intervensi 1-5 I: 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti baju dan seka 5. Mendampingi dalam melakukan	

		perawatan diri (seka) E: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian	
	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) (D.0142)	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: 16.200 /μL (Meningkat) A: Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) P: lanjutkan intervensi 1-7 I: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu E: Masalah keperawatan Risiko infeksi teratasi Sebagian	
Kamis, 4 Juni 2026	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF) (D.0007)	S: - P: Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Q: Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertimpa benda berat. R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan S: Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. O: - Pasien tampak meringis sesekali - Nadi: 98 x/menit - TD: 139/75 mmHg - Pasien mampu bergerak tanpa menghindari nyeri A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi ORIF)	

		P: Hentikan intervensi I: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Memberikan teknik non farmakologis guide imagery dan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan menutup sampiran 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan menganjurkan bedrest 8. Menganjurkan teknik guide imagery dan aromaterapi lavender selama 10-15 menit 9. Mengkolaborasi pemberian tramadol drip Ns 500 ml E: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi	
	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis (D.0129)	S: - Pasien mengatakan nyeri area operasi dirasakan skala 5 (0-10). O: - Terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. A: Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan faktor mekanis P: Hentikan Intervensi I: 1. Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menganjurkan pasien untuk tidak dilepaskan balutan dan plester 4. Mencukur rambut di sekitar daerah luka 5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau di sekitar luka 6. Melihat balutan sesuai jenis luka 7. Menganjurkan pasien untuk menjaga kesterilan area dalam perban	

		8. Melihat balutan sesuai luka 9. Menganjurkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Memberikan antibiotik ceftriaxone 1 vial melalui IV E: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit teratasi	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	S: - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki kanannya - Pasien mengeluh nyeri, nyeri area operasi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri berkurang jika diistirahatkan serta setelah diberikan obat nyeri. Nyeri skala 5 (0-10) O: - Sendi kaki pasien tidak kaku - Gerakan mulai bisa duduk (tidak menapakkan kaki) - Badan mulai segar tidak lemah - ROM 5 3 5 5 A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang P: Hentikan intervensi I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) E: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi	 LeFi
	Defisit	S:	

	Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	- Pasien mengatakan belum mau mengganti baju karena pasien mengeluh nyeri O: - Pasien tidak mampu mandi sendiri - Pasien mampu berpakaian sendiri - Pasien tidak mampu ke toilet sendiri (menggunakan diapes) A: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan P: Hentikan intervensi I: 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 4. Menyiapkan keperluan pribadi untuk mengganti baju dan seka 5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri (seka) E: Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi	
	Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) (D.0142)	S:- O: - Pada regio femur terdapat luka operasi post ORIF pada regio femur kanan/kiri yang tertutup balutan kasa dan hypafix berukuran $\pm 12 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$. Balutan tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. - Leukosit: $15.800 /\mu\text{L}$ A: Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko prosedur invasif (post ORIF femur) I: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Melaskan tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan cuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka 7. Kolaborasi pemberian antibiotik atau imunisasi, jika perlu P: Hentikan intervensi	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Lefi Fauzi Budiman
Tempat, Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 02 Maret 2002
Email : lefifauzibudiman02@gmail.com
Alamat : Kp. Kadacang RT/RW 08/2 Desa Wargakerta,
Kec. Sukarame, Kabupaten Tasikmalaya

Pendidikan

1. TK Taruna: 2006-2007
2. SDN 1 Cimerah: 2008-2014
3. SMPN 1 Singaparna: 2014-2017
4. SMAN 1 Singaparna: 2017-2020
5. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya: 2020-2023
6. STIKes Muhammadiyah Ciamis: 2023-2024
7. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya: 2025-2026