

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. U DENGAN
GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: *POST
REMOVAL OF IMPLATE (ROI) ATAS INDIKASI
UNION FRACTURE DISTAL RADIUS SINISTRA
POST OF DAY 1 DI RUANG BOUGENVILLE
RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT***

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Diploma DIII Keperawatan di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun oleh:

Uly Ma'rifah

NIM KHGA22073



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. U DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: *POST REMOVE OF IMPLANTE (ROI) CLOSE FRACTURE DISTAL RADIUS SINISTRA* POST OF DAY 1 DI RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT

NAMA : ULY MA'RIFAH

NIM : KHGA22073

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujika Dihadapan Tim Penelaah
Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M. Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. U DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: *POST REMOVE OF IMPLANTE (ROI) CLOSE FRACTURE DISTAL RADIUS SINISTRA* POST OF DAY 1 DI RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR GARUT

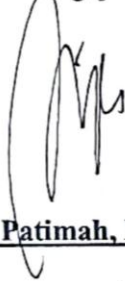
NAMA : ULY MA'RIFAH

NIM : KHGA22073

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I



Iin Patimah, M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Penguji II



Devi Ratnasari, M.Kep

Mengesahkan Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M. Kep

ABSTRAK

Penulis : Uly Ma'rifah

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang akibat trauma langsung maupun tidak langsung, yang memerlukan penatalaksanaan medis maupun keperawatan secara tepat. Salah satu tindakan lanjut setelah tulang mengalami penyatuan sempurna adalah Removal of Implant (ROI), yaitu prosedur pembedahan untuk melepas implan internal seperti plat, sekrup, atau pin yang sebelumnya digunakan untuk fiksasi. Meskipun termasuk tindakan elektif, ROI tetap dapat menimbulkan dampak seperti nyeri, keterbatasan gerak, gangguan integritas jaringan, serta stres psikologis. Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang terarah sangat diperlukan guna mempercepat proses pemulihan pasien pasca ROI. Di Rumah Sakit Tk. IV Guntur Garut, pada tahun 2024 tercatat 255 kasus fraktur, dengan 37 kasus fraktur radius dan 14 kasus union fraktur radius. Pada periode Januari hingga Mei 2025, terdapat 136 kasus fraktur, termasuk 8 kasus union fraktur radius yang memerlukan tindakan ROI. Data ini menunjukkan bahwa kasus ROI masih umum ditemukan dan memerlukan perhatian keperawatan secara khusus. Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post ROI distal radius sinistra secara menyeluruh. Metode yang digunakan adalah studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, serta kajian literatur. Hasil menunjukkan pasien mengalami nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan integritas jaringan. Intervensi keperawatan meliputi pemberian analgesik, edukasi teknik napas dalam, latihan rentang gerak, dan perawatan luka aseptik. Evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi secara bertahap.

Kata kunci : fraktur, post-ROI, distal radius, nyeri akut, gangguan mobilitas fisi, gangguan integritas kulit.

Sumber : 2015-2025

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu tercurah kepada nabi kita yakni Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, para sahabatnya dan kita semua selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya, alhamdulillah penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.U DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: *POST REMOVAL OF IMPLANTE (ROI) ATAS INDIKASI UNION FRACTURE DISTAL RADIUS SINISTRA* POST OF DAY 1 DI RUANG BOUNGENVILLE RUMAH SAKIT TK.VI GUNTUR GARUT”. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dukungan dan bantuan yang bersifat moril maupun materil yang sangat berharga, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak Drs. H. Suryadi, SE.,M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Huasa Garut.
6. Bapak Eldessa Vava Rilla, M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang menyediakan waktu banyak dalam membantu, membimbing, memberikan dorongan dan semangat kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Iin Patimah, M.Kep, selaku penguji 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan serta saran kepada penulis.
8. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku penguji 2 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan serta saran kepada penulis.
9. Ibu Ajeng Sri, S.Kep.,Ners, selaku pembimbing Rumah Sakit yang telah membantu dan memberikan bimbingan serta dorongan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada klien Tn. U serta keluarganya yang telah bekerjasama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

11. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan banyak do'a, semangat dan dukungan tiada henti baik secara moril maupun materil selama menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Kakak saya yang selalu memberikan semangat dan waktunya untuk menemani selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Sahabat – sahabat “SevenTujuh” yang telah memberikan semangat dan do'a dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Teman – teman kelas 3B DIII Keperawatn yang memberikan semangat serta motivasi selama menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Seluruh pihak yang turut membantu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari pembaca sekalian supaya dalam penulisan berikutnya dapat lebih baik. Semoga segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis, baik materi maupun non materi, menjadi pahala yang tercatat dan digandakan disisi Allah SWT. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat dan menambah pengetahuan bagi pembaca sekalian.

Garut, Juli 2025



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Penulisan	7
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI.....	11
A. Konsep Dasar Teori.....	11
1. Pengertian	11
2. Anatomi Fisiologis	12
3. Etiologi	14
4. Tanda dan Gejala.....	16
5. Klasifikasi.....	17
6. Patofisiologis	21
7. Pathway	24
8. Komplikasi	25

9. Penatalaksanaan.....	26
10. Proses Penyembuhan tulang	29
11. Pemeriksaan Penunjang	31
B. Konsep Asuhan Keperawatan	32
1. Pengkajian Keperawatan	32
2. Analisa Data Keperawatan	39
3. Diagnosa Keperawatan.....	42
4. Intervensi Keperawatan	52
5. Implementasi Keperawatan	64
6. Evaluasi Keperawatan	65
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	67
A. Tinjauan Kasus.....	67
1. Pengkajian	67
2. Diagnosa Keperawatan.....	82
3. Intervensi Keperawatan	85
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	106
B. Pembahasan.....	113
1. Pengkajian	113
2. Diagnosa Keperawatan.....	116
3. Intervensi Keperawatan	117
4. Implementasi Keperawatan	119
5. Evaluasi Keperawatan	120

BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	122
A. Kesimpulan	122
C. Rekomendasi	123
DAFTAR PUSTAKA	126
LAMPIRAN.....	131

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Skala Kekuatan Otot.....	35
Tabel 2. 2 Analisa Data	41
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut.....	55
Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik	57
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kuli/Jaringan.....	60
Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur	62
Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	64
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari.....	78
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Labolatorium	79
Tabel 3. 3 Terapi Obat.....	80
Tabel 3. 4 Analisa Data (Kasus).....	82
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	89
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan	106
Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Ektemitas Atas	12
Gambar 3. 1 Letak Posisi Luka Post Operasi	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway	24
---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	SAP Perawatan Post Operasi Removal Of Implante (ROI)
Lampiran II	Leafleat Perawatan Post Operasi Removal Of Implante (ROI)
Lampiran III	Lembar Bimbingan
Lampiran IV	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu permasalahan kesehatan yang memiliki dampak signifikan terhadap kehidupan individu maupun sistem pelayanan kesehatan yakni terjadinya fraktur. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan gangguan mobilitas dan penurunan kualitas hidup, tetapi juga dapat menyebabkan peningkatan beban biaya pengobatan dan perawatan jangka panjang. Seiring dengan meningkatnya angka kecelakaan lalu lintas, aktivitas fisik intensif dan bertambahnya populasi usia lanjut kejadian fraktur terus mengalami peningkatan secara global.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2022 jumlah kasus fraktur di seluruh dunia mencapai 440 juta orang (Zefrianto *et al.*, 2024). Di Amerika Serikat tahun 2020 terjadi sekitar 5,6 juta kasus fraktur setiap tahunnya. Dari seluruh cedera traumatis yang terjadi, sekitar 46% melibatkan cedera ortopedi. Sebanyak 13% hingga 25% dari kasus tersebut memerlukan penanganan khusus karena dampaknya yang signifikan, seperti hilangnya produktivitas serta tingginya biaya pengobatan (Sagala & Limbong, 2024).

Indonesia mencatat jumlah kasus fraktur tertinggi, berdasarkan data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2023 didapatkan bahwa dari jumlah kecelakaan yang terjadi dengan presentasi 5,8 % korban cedera atau sekitar 8 juta orang yang mengalami fraktur (Mardiana, 2024). Di Jawa

Barat, polda mencatat adanya 7.442 kasus kecelakaan lalu lintas pada tahun 2024. Menurun 21% dibandingkan tahun sebelumnya yang mencapai 9.326 kasus. Meskipun angka kecelakaan menurun, kecelakaan lalu lintas tetap menjadi penyumbang utama cedera ortoprdi seperti fraktur yang memerlukan penangan medis lanjutan (Tribrata News Polda Jabar, 2024).

Berdasarkan data rekam medis di RS Guntur, pada tahun 2024 tercatat sebanyak 255 kasus fraktur. Kasus fraktur pada perempuan 93 kasus dengan proporsi terbesar dialami oleh laki-laki 162 kasus, kelompok usia yang paling banyak mengalami fraktur adalah usia 45-64 tahun yaitu 77 kasus, dari seluruh kasus tersebut terutama pada kasus fraktur radius menempati jumlah 37 kasus dan 14 kasus union fraktur radius. Sementara itu, pada periode bulan Januari – Mei 2025 tercatat 136 kasus fraktur yang masih didominasi oleh laki-laki 78 kasus sedangkan perempuan terdapat 58 kasus. Kelompok usia masih ditempati dari 45-64 tahun yaitu 44 kasus, pada periode ini jumlah kasus fraktur radius tercatat sebanyak 23 kasus dan 8 kasus union fraktur radius. Jumlah kasus fraktur ini menunjukkan perlunya perhatian lebih terhadap pencegahan fraktur, terutama pada kelompok usia rentan (Infokes Rumah Sakit Guntur, 2025).

Selain itu, fraktur juga dapat terjadi akibat berbagai jenis trauma, yaitu trauma langsung, trauma tidak langsung, dan trauma ringan. Trauma langsung terjadi ketika tulang mengalami benturan secara langsung dengan posisi miring, misalnya saat seseorang terjatuh dengan posisi tangan

menahan tubuh, sehingga pergelangan tangan membentur permukaan keras dan menyebabkan patah tulang. Sementara itu, trauma tidak langsung terjadi ketika lokasi benturan berbeda dari lokasi fraktur, contohnya saat terpeleset di kamar mandi dengan posisi terlentang. Adapun trauma ringan dapat menyebabkan fraktur apabila tulang sudah mengalami kerapuhan sebelumnya, misalnya karena adanya penyakit tertentu atau disebut juga fraktur patologis (Haryono & Utami, 2019).

Fraktur bisa menimbulkan berbagai masalah, termasuk masalah awal seperti syok, sindrom emboli lemak, sindrom kompartemen, dan infeksi, serta masalah lanjutan seperti penyembuhan yang tidak cepat, tidak menyatu, kekakuan pada sendi lutut, dan kemungkinan terjadinya patah kembali (Asikin & Nasir, 2016).

Fraktur dapat menyebabkan gangguan fisik dan psikologis pada individu, yang pada akhirnya menimbulkan rasa nyeri. Nyeri yang dialami oleh individu dengan fraktur umumnya merupakan nyeri muskuloskeletal yang termasuk dalam kategori nyeri akut. Apabila nyeri pada individu dengan fraktur tidak segera ditangani, hal ini dapat mengganggu proses pemulihan fisik, perasaan tidak berdaya, dan stres emosional juga sering muncul, terutama bila pasien kehilangan kemandirian untuk sementara waktu. Secara sosial dan ekonomi, kondisi ini dapat memengaruhi peran individu dalam keluarga, menurunkan produktivitas kerja, serta meningkatkan beban biaya pengobatan dan rehabilitasi, terutama bila pasien merupakan tulang punggung keluarga. (Walker, 2023)

Dengan kemajuan di berbagai bidang teknologi pengobatan, dalam penanganan yang lebih intensif terhadap pasien yang mengalami fraktur kini dapat dilakukan sehingga proses penyembuhan menjadi lebih optimal dan cepat. Metode penanganan fraktur adalah melalui tindakan non-bedah mencakup rehabilitasi, mobilitasi dan traksi, sementara metode melalui tindakan bedah salah satunya yaitu mulai dari pemasangan implant untuk menjaga posisi fragmen tulang hingga pelepasan implant tersebut. Prosedur pelepasan implant di rumah sakit sering disebut sebagai operasi ROI (*Remove of Implante*), yaitu operasi yang bertujuan untuk melepas implant yang sebelumnya telah dipasang. Jika prosedur ini tidak dilakukan, hal tersebut dapat menimbulkan komplikasi lain, seperti infeksi pada tubuh (Ali *et al.*, 2023).

Kasus post operasi *Removal of Implant* (ROI) menjadi menarik untuk dikaji karena, meskipun prosedur ini cukup sering dilakukan di rumah sakit, literatur keperawatan yang secara khusus membahas intervensi pada fase pemulihan masih terbatas. Selain itu, pasien pasca ROI kerap menghadapi tantangan seperti nyeri, keterbatasan gerak, serta risiko komplikasi seperti infeksi atau kekakuan sendi, sehingga diperlukan asuhan keperawatan yang bersifat holistik dan berkelanjutan. Dalam hal ini, perawat memiliki peran penting, antara lain dengan memberikan edukasi mengenai teknik relaksasi seperti napas dalam untuk membantu mengurangi nyeri, mendukung manajemen energi melalui latihan rentang gerak (ROM), membimbing pasien dalam perawatan luka yang benar,

serta bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian terapi obat (Salma, 2024).

Dalam hal ini, pnerapan asuhan keperawatan menjadi sangat penting. Asuhan Keperawatan merupakan suatu proses sitematis dan ilmiah yang dilakukan oleh perawat kepada individu, keluarga atau kelompok baik dalam kondisi sehat maupun sakit dengan tujuan memenuhi kebutuhan dasar secara holistik melalui tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Salma, 2024)

Berdasarkan analisa dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti lebih jauh terhadap kasus tersebut. Oleh karena itu, dalam penulisan karya ilmiah ini penulis mengambil judul "*Asuhan Keperawatan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post remove Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinistra Post Of Day 1 di RS Guntur*".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinistra Post Of Day 1 di Ruang Bougenville RS Guntur*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fraktur Distal Radius Sinistra Post Of Day 1.*
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fraktur Distal Radius Sinistra Post Of Day 1.*
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan yang paling mendasar pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fraktur Distal Radius Sinistra Post Of Day 1.*
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan yang paling mendasar pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fraktur Distal Radius Sinistra Post Of Day 1.*
- e. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan pada Tn. U dengan gangguan sistem muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Atas Indikasi Union Fraktur Distal Radius Sinistra Post Of Day 1.*

C. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ini menggunakan metode berbentuk studi kasus dengan teknik pengumpulan data dengan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, dokumentasi dan partisipasi aktif melakukan asuhan keperawatan. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data dari karya tulis ilmiah ini:

1. Wawancara

Wawancara atau anamnesis merupakan kegiatan komunikasi timbal balik bentuk tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga dan orang-orang disekitar klien terkait masalah kesehatan klien. Wawancara hendaknya dilakukan dengan ramah, terbuka serta menggunakan bahasa sederhana dan mudah dipahami oleh klien. selanjutnya, hasil wawancara dicatat dalam format proses keperawatan.

2. Observasi

Observasi dilakukan secara langsung dengan memperhatikan keluhan dan masalah yang terjadi pada klien.

3. Pemeriksaan Fisik

Untuk menegakkan diagnosis keperawatan, dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Penjelasannya sebagai berikut:

a. Inspeksi

Inspeksi adalah proses mengamati secara cermat kondisi kesehatan klien. Keberhasilan inspeksi bergantung pada

kemampuan mengidentifikasi hal-hal yang perlu diamati, seperti kondisi kulit, jaringan mukosa, bentuk dan gerakan tubuh, serta aspek visual lainnya.

b. Auskultasi

Auskultasi adalah teknik pemeriksaan fisik yang menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara-suara dari dalam tubuh, seperti suara jantung, paru-paru, atau sistem pencernaan. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi adanya kelainan seperti bunyi ronki akibat penumpukan dahak di saluran pernapasan, atau bunyi abnormal pada jantung.

c. Perkusi

Perkusi merupakan metode mengetuk bagian tubuh dengan pelan menggunakan jari untuk mengetahui posisi, ukuran, dan kekerasan organ tubuh di bawahnya.

d. Palpasi

Palpasi adalah teknik pemeriksaan dengan meraba permukaan tubuh klien. Misalnya, palpasi digunakan untuk mendeteksi massa di dalam perut. Metode ini biasanya digunakan sebagai pelengkap inspeksi.

4. Studi Kepustakaan

Untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien.

5. Dokumentasi

Penulis mengumpulkan dan menganalisis informasi dari status klien untuk melengkapi data yang diperlukan.

6. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menerapkan langkah-langkah dalam proses keperawatan yang mencakup pengkajian: diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Dalam karya tulis ilmiah ini, penulis susun menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan: Latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II Kajian Teoritis: Konsep dasar penyakit dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit ini terdiri dari pengertian, anatomi dan Fisiologis, etilogi, tanda dan gejala, kasifikasi, patofisiologi, pathway, komplikasi, penatalaksanaan dan pemeriksaan penunjang. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

Bab III Tinjauan Kasus: Tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi

dan catatan perkembangan serta pembahasan berisi tentang tinjauan naratif dari setiap langkah dalam proses keperawatan.

Bab IV Kesimpulan: Berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan penyusunan saran atau rekomendasi yang praktis terkait masalah yang teridentifikasi yang dapat mendukung dalam perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian

Fraktur adalah kondisi medis yang ditandai dengan terputusnya kontinuitas tulang atau tulang rawan, baik secara total maupun sebagian, yang umumnya disebabkan oleh trauma atau tekanan fisik yang melebihi kapasitas elastisitas tulang. Kondisi ini dapat mempengaruhi jaringan sekitarnya seperti otot, saraf dan pembuluh darah, serta menimbulkan gejala seperti nyeri, pembengkakan, deformitas dan gangguan fungsi muskuloskeletal (Suriya & Zuriati, 2019).

Fraktur radius adalah patah tulang yang terjadi pada tulang radius (tulang pengumpil) yang merupakan salah satu dari dua tulang panjang yang berada di lengan bawah. Fraktur ini umumnya terjadi akibat trauma seperti jatuh dengan tangan menopang tubuh, kecelakaan lalu lintas atau benturan keras saat berolahraga (Silva Moreira & Perugino, 2023). Fraktur radius dapat terjadi pada berbagai bagian tulang radius, termasuk bagian distal (dekat pengelangan tangan), medial (tengah) dan proksimal (dekat siku) (Asikin & Nasir, 2016).

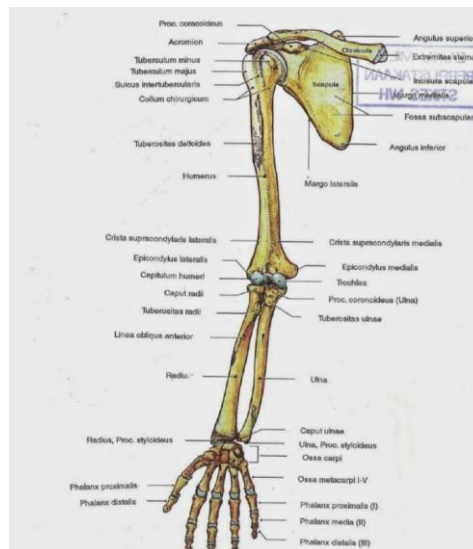
Removal Of Implants (ROI) adalah prosedur pembedahan untuk mengangkat implan ortopedi (seperti plat, sekrup atau batang logam) yang sebelumnya digunakan untuk fiksasi fraktur. Tindakan ini dilakukan setelah tulang dinyatakan sembuh secara klinis dan

radiologis guna mencegah komplikasi seperti iritasi jaringan lunak, nyeri berkepanjangan, infeksi atau permintaan pasien sendiri (Kumar *et al.*, 2022) dan (Marsh *et al.*, 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa fraktur merupakan kondisi medis yang ditandai dengan terputusnya kontinuitas tulang akibat trauma atau tekanan berlebihan dan dapat menyebabkan gangguan pada jaringan sekitarnya serta fungsi tubuh. Sementara itu, Removal Of Implanter (ROI) adalah tindakan bedah untuk mengangkat pen setelah tulang dinyatakan sembuh.

2. Anatomi Fisiologis

Menurut (Nadrati & Supriatna, 2022), bagian – bagian ekstremitas atas terdiri dari skapula, klavikula, humerus, radius, radius, ulna, karpal, metacarpal dan falang:



Gambar 2. 1 Anatomi Ektemitas Atas

a. Tulang Skapula (*Scapula*)

Tulang datar berbentuk segitiga yang terletak di bagian atas punggung. Skapula berperan sebagai penghubung antara lengan atas dan tubuh serta sebagai tempat untuk melekatnya sejumlah besar otot yang penting untuk gerakan bahu.

b. Tulang Klavikula (*Clavicula*)

Sebuah tulang panjang yang menyambungkan sternum dan skapula. Fungsinya adalah untuk memberikan dukungan dan menjaga posisi lengan agar tetap bisa bergerak dengan leluasa.

c. Tulang Humerus

Tulang panjang yang ada di lengan atas yang menghubungkan bahu dengan siku. Humerus terlibat dalam banyak gerakan besar yang dilakukan oleh lengan.

d. Tulang Radius

Salah satu dari dua tulang di bagian lengan bawah, terletak di sisi luar (berdekatan dengan ibu jari). Radius memungkinkan adanya gerakan rotasi di lengan bawah, seperti pronasi dan supinasi.

e. Tulang Ulna

Tulang di lengan bawah yang terletak di sisi dalam (berdekatan dengan kelingking). Ulna memiliki peran penting dalam membentuk sendi siku.

f. Tulang Karpal (*Carpal*)

Terdiri dari delapan tulang kecil yang membentuk pergelangan tangan. Tulang-tulang ini tersusun dalam dua baris, memberikan fleksibilitas pada pergelangan tangan.

g. Tulang Metakarpal (*Metacarpal*)

Lima tulang panjang yang membentuk telapak tangan. Setiap tulang metakarpal terhubung dengan satu jari tangan.

h. Tulang Falang (*Phalanges*)

Merupakan kumpulan tulang yang membentuk jari-jari tangan. Setiap jari terdiri dari tiga falang (proksimal, tengah, dan distal), kecuali ibu jari yang hanya memiliki dua falang (proksimal dan distal).

3. Etiologi

Fraktur dapat terjadi karena berbagai penyebab. Menurut (Imamamah et al., 2024) etiologi fraktur dibagi menjadi tiga kelompok utama:

a. Trauma Langsung

Terjadi akibat benturan langsung pada tulang. Contohnya kecelakaan lalu lintas, tertimpa benda berat ataupun terjatuh dengan posisi tangan menahan tubuh.

b. Trauma Tidak Langsung

Fraktur terjadi bukan pada lokasi yang terkena benturan langsung, melainkan di tempat lain akibat gaya yang diteruskan

melalui sumbu tulang. Contohnya jatuh dengan tangan terlentang yang menyebabkan fraktur klavikula.

c. Fraktur Patologis

Fraktur yang terjadi pada tulang yang sudah melemah karena kondisi medis tertentu. Penyebab umum:

- 1) Osteoporosis.
- 2) Tumor tulang.
- 3) Infeksi tulang (*Osteomyelitis*).
- 4) Kista tulang.

d. Stres Berulang (Fraktur Stres)

Disebabkan oleh tekanan atau beban berulang secara terus-menerus. Umumnya terjadi pada atlet atau pekerja dengan aktivitas fisik berat.

Menurut (Ali et al., 2023) etiologi tindakan *Removal Of Implants* (ROI) juga dapat menyebabkan:

- a. Iritasi jaringan lunak disekitar implan
- b. Infeksi
- c. Komplikasi mekanik (patah ulang atau pelonggaran implan)
- d. Gangguan pertumbuhan tulang
- e. Reaksi alergi terhadap bahan logam
- f. Permintaan pasien karena kenyamanan atau alasan kosmetik

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala fraktur dalam (Meliana *et al.*, 2024) terbagi menjadi beberapa bagian, antara lain yaitu:

a. Tanda fraktur

- 1) Deformitas, bentuk tulang atau tubuh terlihat tidak normal (bengkok).
- 2) Bengkak, pembengkakan akibat perdarahan atau peradangan di sekitar tulang yang patah.
- 3) Memar (Hematoma), warna kulit berubah menjadi kebiruan atau ungu di area cedera.
- 4) Krepitasi, suara atau sensasi gesekan saat bagian tulang yang patah digerakkan.
- 5) Kelainan posisi, tulang bergeser dari posisi semula (tidak sejajar).
- 6) Luka terbuka, pada fraktur terbuka ujung tulang menembus kulit.

b. Gejala fraktur

- 1) Nyeri hebat, nyeri saat mencoba menggerakkan bagian yang cedera.
- 2) Kehilangan fungsi, sulit atau tidak bisa menggerakkan bagian yang cedera.
- 3) Kelemahan, area sekitar fraktur terasa lemah.

- 4) Sensasi tidak normal, mati rasa atau kesemutan (jika saraf terpengaruhi).

Adapun tanda dan gejala dari Removal Of Implanter (ROI) dalam (Salma, 2024), yaitu:

- a. Nyeri pada area operasi, terutama pada saat digerakan
- b. Pembengkakan dan kemerahan disekitar luka insisi
- c. Terbatasnya rentang gerak akibat spasme otot atau nyeri
- d. Kelemahan dan kekakuan otot sekitar lokasi ROI

5. Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi fraktur dalam (Asikin & Nasir, 2016) terbagi menjadi beberapa bagian, antarara lain:

- a. Berdasarkan sifat fraktur
 - 1) Fraktur tertutup (*Closed*), patah tulang tanpa hubungan dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih karena kulit masih utuh tanpa komplikasi. Ada beberapa klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:
 - a) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
 - b) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan lunak subkutan.

c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.

d) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindrom kompartemen.

2) Fraktur terbuka (*Open/Compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit. Beberapa klasifikasi, yaitu:

a) Grade I, luka kecil (<1 cm) kerusakan jaringan minimal.

b) Grade II, luka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif dan ada kontaminasi.

c) Grade III, kerusakan jaringan luas yang ekstensif dan sangat terkontaminasi. Grade III terbagi lagi kedalam:

(1) Grade III A, fraktur terbuka yang tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya.

(2) Grade III B, hilangnya jaringan lunak sehingga tampak jaringan tulang dan

membutuhkan kulit untuk penutup (*skin graft*).

(3) Grade III C, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki dan berisiko untuk dilakukan amputasi.

b. Berdasarkan komplet atau inkomplet fraktur

1) Fraktur komplet, jenis patah tulang yang terjadi ketika tulang patah terpisah sepenuhnya menjadi dua bagian atau lebih.

2) Fraktur inkomplet, jenis patah tulang dimana tulang tidak patah atau terputus sepenuhnya tetapi hanya mengalami retak atau patahan sebagian. Terbagi lagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

a) *Hairline Fracture* (retak rambut), retak tipis pada tulang seperti garis rambut yang sering disebabkan oleh tekanan berulang atau penggunaan berlebihan.

b) *Bruce Fracture* (patah gesper), tulang mengalami tekanan dan terdorong keluar dari tempatnya membentuk benjolan.

c) *Greenstick fracture* (patah cabang pohon), tulang retak di satu sisi tetapi tetap utuh disisi

lainnya seperti cabang pohon yang patah tetapi tidak sepenuhnya.

c. Berdasarkan bentuk garis patah

- 1) Fraktur transversal, fraktur yang arahnya melintang pada tulang.
- 2) Fraktur oblik, garis patah miring atau diagonal pada tulang.
- 3) Fraktur spiral, fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral melingkari tulang yang disebabkan trauma rotasi.
- 4) Fraktur avulsi, yang disebabkan karena trauma tarikan yang kuat.

d. Berdasarkan jumlah garis patah

- 1) Fraktur kominitif, garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
- 2) Fraktur segmental, garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan.
- 3) Fraktur multiple, garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.

e. Berdasarkan pergeseran fragmen tulang

- 1) Fraktur *undisplaced* (tidak bergeser), garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan masih utuh.

2) Fraktur *displaced* (bergeser), pergeseran fragmen tulang yang disebut dislokasi fragmen, terbagi atas:

- a) Dislokasi *ad longitudinam cum contraction* (pergeseran searah sumbu dan *overlapping*).
- b) Dislokasi *ad axim* (pergeseran yang membentuk sudut).
- c) Dislokasi *ad latus* (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh).

f. Berdasarkan posisi fraktur

- 1) Proksimal, posisi fraktur yang dekat dengan sendi. Misalnya, fraktur humerus proksimal adalah patah tulang pada bagian atas tulang lengan atas dekat bahu.
- 2) Medial, fraktur yang berada di bagian tengah tulang. Misalnya, fraktur tibia medial adalah patah tulang pada bagian tengah tulang kering.
- 3) Distal, fraktur yang jauh dari sendi. Misalnya, fraktur radius distal adalah patah tulang pada bagian tulang bawah radius dekat pergelangan tangan.

6. Patofisiologis

Fraktur terjadi ketika tulang menerima tekanan atau trauma yang melebihi kekuatan elastisnya, menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan tulang. Trauma ini menyebabkan kerusakan langsung pada periosteum, korteks, sumsum tulang, serta jaringan lunak yang

menyelubungi tulang, termasuk pembuluh darah dan serabut saraf. Akibatnya, terjadi perdarahan lokal yang signifikan dan terbentuk hematoma di sekitar lokasi fraktur (Muzaki, 2023).

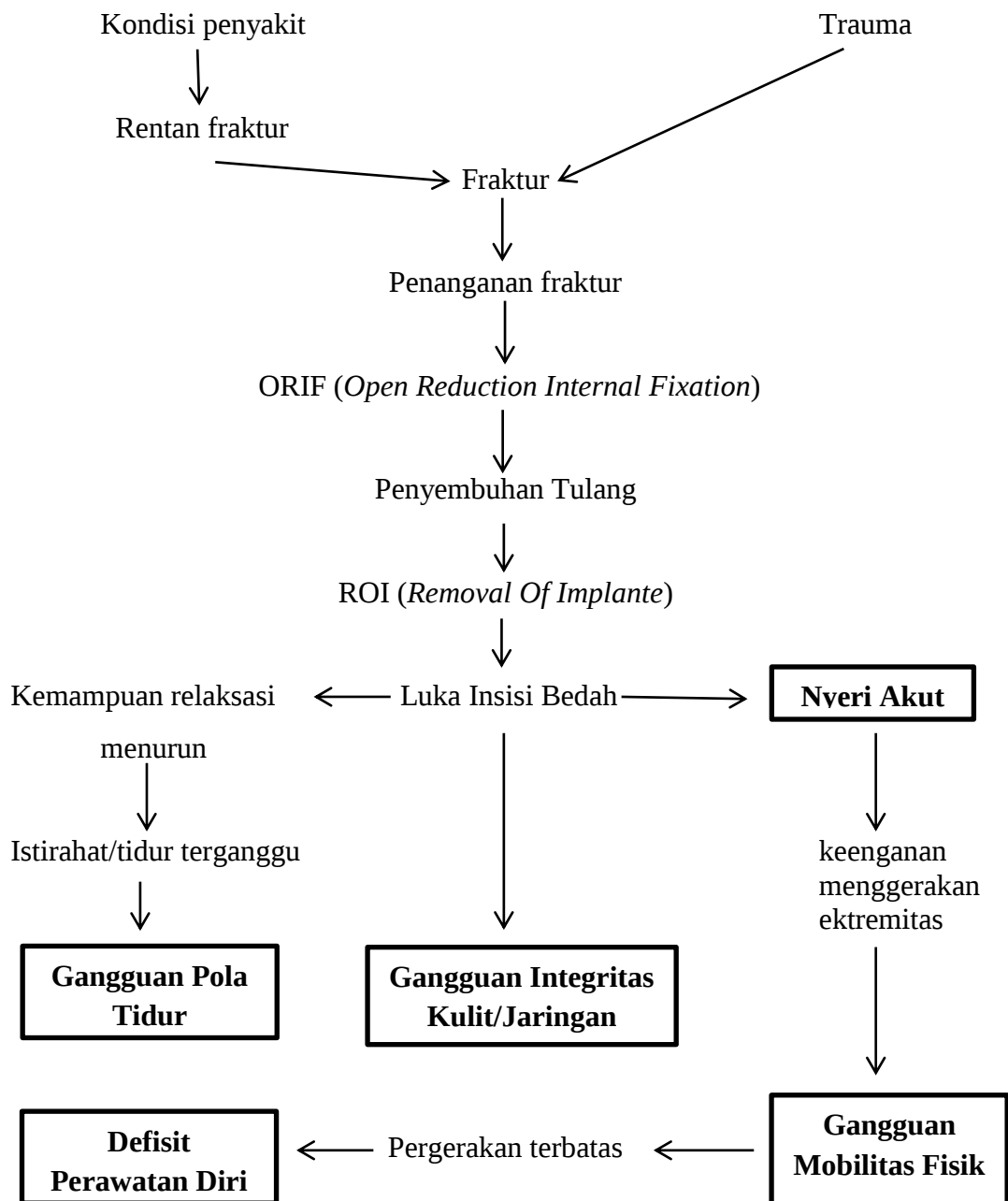
Kerusakan pembuluh darah memicu akumulasi darah di ruang medula tulang dan jaringan sekitarnya, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan lokal, edema, dan nyeri hebat. Dalam beberapa kasus, terutama pada fraktur besar, perdarahan ini bisa cukup parah hingga menyebabkan syok hipovolemik. Selain itu, kerusakan saraf yang menyertai fraktur dapat menimbulkan gejala neurologis seperti parestesia (kesemutan), kehilangan sensasi, hingga paralisis lokal (hilangnya kemampuan untuk bergerak). Gangguan ini umumnya muncul akibat kompresi langsung oleh fragmen tulang, edema jaringan, atau spasme otot yang terjadi sebagai respons terhadap trauma (Rumapea & Barus, 2024).

Setelah terjadi cedera, tubuh mengaktifkan respon inflamasi dengan mengirimkan sel-sel imun seperti makrofag untuk membersihkan debris jaringan yang rusak dan mengeluarkan sitokin serta faktor pertumbuhan yang memulai proses penyembuhan. Selanjutnya, osteoblas (sel pembentuk tulang) dan kondroblas (sel pembentuk tulang rawan) bekerja untuk menyambungkan fragmen tulang yang patah, membentuk kalus fibrokartilago (kalus lembut) yang berfungsi sebagai penghubung sementara. Kalus lembut ini kemudian akan digantikan oleh kalus osifikasi (kalus keras), yang

terdiri dari tulang woven, yang memberikan stabilitas meskipun belum sekuat tulang lamelar. Tahap akhir adalah remodeling, di mana kalus osifikasi digantikan oleh tulang lamelar yang lebih teratur dan kuat, sehingga tulang kembali kokoh dan fungsional seperti semula bila stabilisasi awal dilakukan dengan pemasangan implan (melalui prosedur ORIF) (Abdel-Mageed *et al.*, 2024), maka setelah penyembuhan sempurna, implan dapat diangkat melalui prosedur Removal Of Implant (ROI) untuk mencegah komplikasi jangka panjang (Yuan *et al.*, 2022) .

Prosedur ROI sebagai tindakan pembedahan menimbulkan trauma jaringan baru yang menyebabkan nyeri pascaoperasi, disertai spasme otot dan keterbatasan gerak. Kondisi ini mengakibatkan pasien menghindari aktivitas fisik, sehingga timbul gangguan mobilitas fisik. Keterbatasan gerak juga dapat memperlambat penyembuhan luka insisi, memicu gangguan integritas kulit/jaringan. Nyeri berkelanjutan menurunkan kenyamanan saat istirahat, menyebabkan gangguan pola tidur, dan meningkatkan ketergantungan pasien dalam aktivitas sehari-hari, yang berujung pada defisit perawatan diri (Prabowo, 2015).

7. Pathway



Bagan 2. 1 Pathway

Sumber (Prabowo, 2015)

8. Komplikasi

Komplikasi dari patah tulang menurut (Rohmah, 2018) terbagi menjadi dua bagian, yaitu antara lain:

a. Komplikasi awal

1) Sindrom kompartemen

Kondisi di mana tekanan dalam ruang otot meningkat, mengganggu aliran darah dan menyebabkan kerusakan saraf serta otot permanen.

2) Kerusakan arteri dan saraf

Cedera pada pembuluh darah atau saraf dapat terjadi akibat fraktur, menyebabkan gangguan sirkulasi dan fungsi saraf.

3) Infeksi luka

Fraktur terbuka meningkatkan risiko infeksi pada luka, yang dapat menyebar ke tulang (*Osteomyelitis*) atau jaringan lunak.

4) Nekrosis avaskular (Kematian jaringan tulang)

Kekurangan suplai darah ke area tulang yang patah dapat menyebabkan kematian jaringan tulang.

5) Emboli lemak

Partikel lemak dari sumsum tulang dapat masuk ke aliran darah dan menyumbat pembuluh paru, menyebabkan gangguan pernapasan.

b. Komplikasi jangka panjang

- 1) Penyatuan tulang yang tertunda (*Delay Union*), patah tulang gagal menyatu dalam waktu yang seharusnya. Hal ini, disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ke tulang.
- 2) Tulang yang tidak menyatu (*Non-Union*), tulang tidak menyatu sama sekali setelah periode tertentu (6-8 bulan) dan sering kali disertai infeksi.
- 3) Penyatuan tulang yang salah (*Mal Union*), patah tulang sembuh tetapi tulang mengalami (Deformitas) perubahan bentuk.

Adapun komplikasi dari tindakan Removal Of Implants (ROI) menurut (Ali et al., 2023), yakni:

- a. Nyeri pascaoperasi.
- b. Infeksi luka.
- c. Fraktur ulang.
- d. Implan tidak teragkat sepenuhnya.
- e. Gangguan mobilitas sementara.
- f. Perdarahan atau reaksi jaringan lunak.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada fraktur terbagi menjadi dua yaitu tatalaksana farmakologis dan tatalaksana medis/keperawatan, diantaranya:

a. Tatalaksana Farmakologis

Tujuan terapi obat pada pasien patah tulang adalah untuk mengurangi, bukan menyembuhkan rasa sakit akibat patah tulang. Nyeri biasanya mereda seiring penyembuhan jaringan yang cedera. Terdapat tiga tingkatan pengobatan (WHO Three Step Analgesic Ladder) berdasarkan tingkat rasa sakit:

- 1) Nyeri ringan kategori dengan pemberian analgesic non opioid (bila perlu) (Paracetamol, ketorolac, ibuprofen).
- 2) Nyeri ringan hingga sedang dan/atau jika pasien masih mengeluh nyeri, memberikan obat tingkat pertama dan opioid dapat ditambahkan sesekali.
- 3) Tahap terakhir ketika rasa sakit menjadi lebih parah, persisten dan masuk dalam kategori parah sehingga obat penghilang rasa sakit opioid yang lebih kuat diberikan secara teratur (fentanil, tramadol)

(Wulan *et al.*, 2024).

b. Tatalaksana Medis/Keperawatan

1) Traksi

Saat fragmen tulang tidak berada pada tempatnya, teknik menggunakan tarikan mekanik digunakan untuk menyelaraskan tulang.

2) Modifikasi aktivitas, rehabilitasi dan mobilisasi

Klien mungkin perlu tirah baring terbatas, menggunakan alat batu jalan atau memodifikasi postur untuk mencegah pergeseran fraktur. Fisioterapi sangat penting setelah fase imobilisasi dengan latihan rentang gerak dan penguatan otot dimulai bertahap untuk mencegah kekakuan sendi dan atrofi otot.

3) Amputasi

Hanya dilakukan jika fraktur sangat parah, tidak dapat direkonstruksi, disertai nekrosis jaringan luas atau infeksi berat.

4) Cangkok tulang (*Bone Grafting*)

Dilakukan jika fraktur gagal sembuh atau terjadi kerusakan tulang besar menggunakan tulang dari tubuh sendiri (*Autograft*), Tulang donor (*Allograft*) dan Bahan buatan pengganti tulang (*Sintetik*).

5) Open Reduction External Fixation (OREF) dan Open Reduction Internal Fixation (ORIF)

OREF adalah prosedur bedah dimana fragmen tulang yang patah disusun kembali ke posisi normal melalui pembedahan terbuka, lalu distabilkan dengan alat fiksasi yang berada di luar tubuh menggunakan pin atau

kawat yang ditanam di tulang dan dihubungkan oleh rangka eksternal.

Sedangkan ORIF merupakan prosedur bedah yang membuat sayatan di tempat fraktur dimana fragmen disejajarkan langsung dengan alat bantuan fiksasi internal dalam bentuk pin, kawat, skrup, plat paku atau batangan logam untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Dan sayatan kemudian ditutup dengan jahitan. Alat ini dapat diletakkan di sisi tulang atau langsung ke rongga susum tulang.

6) Pelepasan Implant (Removal Of Implant/ROI)

ROI adalah prosedur untuk mengangkat alat fiksasi internal setelah tulang dinyatakan sembuh secara klinis dan radiologis. Biasanya, 6-8 bulan setelah operasi awal, tergantung lokasi fraktur dan jenis implant (Ramdhani *et al.*, 2024).

10. Proses Penyembuhan tulang

Proses penyembuhan tulang menurut (Kawiyana *et al.*, 2020), yaitu:

a. Pembentukan Hematoma

Saat tulang patah pembuluh darah di sekitarnya juga ikut rusak dan menyebabkan perdarahan yang membentuk gumpalan

darah (hematoma) dia area yang patah. Gumpalan darah ini berfungsi untuk menghentikan perdarahan, menjadi tempat tumbuhnya jaringan baru seperti pembuluh darah kecil dan sel penyembuh (fibroblast) biasanya berlangsung selama 1-2 hari.

b. Peradangan dan Perkembangan Sel

Setelah hematoma terbentuk, tubuh merespon dengan peradangan. Sel-sel penyembuh mulai berubah menjadi pembentuk tulang rawan (*Kondroblas*). Proses pembentukan tulang (*Osteoblas*) dimulai, menyatukan bagian tulang yang patah sekitar 8 jam setelah cedera dan bisa beberapa hari tergantung tingkat kerusakan.

c. Pembentukan Kalus

Sel-sel baru mulai membentuk jaringan kalus fibrokartilago (kalus lembut) yang mengisi celah antara potongan tulang yang patah. Jika kondisi mendukung, kalus ini berubah menjadi kalus osifikasi (kalus keras) dan mulai menyatu kembali.

d. Konsolidasi (Penguatan)

Tulang mulai bisa menahan beban ringan, tapi belum sekuat sebelumnya. Proses ini bisa berlangsung selama beberapa bulan

e. Remodeling

Fraktur telah dijembatani oleh suatu tulang yang padat. Tulang akan diperbaiki kembali oleh tubuh sehingga membentuk tulang yang lebih tebal (*Lamellar*), bagian yang tidak

diperlukan akan dibuang dan bagian penting diperkuat membentuk struktur yang mirip dengan normalnya dengan prosesnya selama beberapa bulan atau tahun.

11. Pemeriksaan Penunjang

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

a. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Rongent (X-ray) pemeriksaan utama untuk mendeteksi fraktur tulang minimal 2 proyeksi (AP dan Lateral).
- 2) CT Scan untuk fraktur kompleks seperti tulang belakang, wajah atau panggul.
- 3) MRI untuk menilai jaringan lunak, ligament atau fraktur tersembunyi.
- 4) Bone Scan (Scintigrafi) untuk mendeteksi fraktur stress atau fraktur yang tidak tampak di X-ray.
- 5) Foto Thoraks (X-ray Thoraks) untuk menilai kondisi paru-paru dan jantung, terutama pada dada atau sebagai persiapan pra-operasi.

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hematologi untuk mengevaluasi kondisi darah pasien terutama jika terjadi perdarahan atau infeksi.
- Diantaranya:

- (a) Hemoglobin (Hb), menilai ada tidaknya anemia akibat perdarahan.
 - (b) Leukosit, deteksi adanya infeksi atau inflamasi.
 - (c) Trombosit, menilai pembekuan darah.
 - (d) Hematokrit (Ht), menilai konsentrasi sel darah.
 - (e) Bleeding Time, menilai waktu perdarahan.
 - (f) Clotting time, menilai waktu pembekuan darah.
- 2) Kimia darah membantu menilai fungsi organ dan keseimbangan metabolik tubuh, yaitu:
- (a) Gula darah sewaktu, menilai kadar gula darah untuk proses penyembuhan dan sebelum operasi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien yang menjadi dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (Paryono *et al.*, 2024). Ada beberapa pengkajian yang harus dikaji oleh perawat kepada klien dalam (Susilawati, 2024), diantaranya:

a. Identitas klien

Berupa nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, tanggal masuk, nomer registrasi dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus post ROI adalah rasa nyeri.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien, berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberikan petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit tertentu misalnya, kanker tulang dan penyakit paget yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes mellitus juga dapat menghambat proses penyembuhan dan beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

f. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: baik atau tidak baik.

- 2) Kesadaran: Compos mentis (15), Apatis (13-12), Delirium (11-10), Somnolen (9-7), Sopor (6-5), Semi-coma (4), Koma (3).
- 3) Tanda-tanda vital: pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, suhu dan saturasi oksigen.
- 4) Pemeriksaan persistem

(a) Sistem Muskuloskeletal

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan dalam gerak dan penurunan kekuatan otot ekstremitas. Dengan keadaan lokal:

- (1) *Look* yaitu melihat adanya suatu deformitas (angulasi, pemutaran dan pemendekan), jejas, tulang yang keluar dari jalinan lunak, benjolan, pembengkakan atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal).
- (2) *Feel* yaitu adanya respon nyeri atau ketidaknyamanan suhu disekitar trauma, pembengkakan, nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi.
- (3) *Move* yaitu gerakan abnormal ketika bagian yang cedera dan kemampuan

Range Of Motion (ROM) mengalami gangguan.

Menentukan derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan:

skala	Karakteristik
0	Paralis sempurna/tidak ada kontraksi otot
1	Terasa ada kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan sendi
2	Gerakan aktif mungkin tetapi tidak melawan gravitasi
3	Gerakan yang normal melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan
4	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	Kekuatan otot normal gerakan penuh yang normal, melawan gravitasi dan tahanan penuh

Tabel 2.1 Skala Kekuatan Otot

(b) Sistem pernafasan

Dikaji kesimetrisan dada saat inspirasi dan ekpirasi, adanya retraksi intercosta, adanya nyeri tekan, perkusi pada umunya sonor dan auskultasi suara nafas adakah suara nafas tambahan.

(c) Sistem penglihatan

Umunya tidak terganggu, kecuali ada trauma kepala (*kraniofasial*). Namun, dapat dikaji kesimetrisan antara mata kanan dan kiri, warna konjungtiva apakah anemis atau tidak, warna sclera dan refleks pupil.

(d) Sistem pendegaran

Umunya tidak terganggu. Namun, dapat dikaji kesimetrisan telinga kanan dan kiri, adanya lesi, adanya pendarahan, adanya serumen dan adanya nyeri tekan pada telinga.

(e) Sistem kardiovaskular

Dikaji tekanan darah, frekuensi nadi, palpasi jantung normalnya berada di ICS 5 sepanjang 1cm, perkusi jantung normalnya pekak dan auskultasi jantung normalnya bunyi jantung 1 di ICS 5 midklavikula ICS 4 terdengar tunggal dan bunyi jantung 2 di ICS 2 sternum kanan dan kiri terdengar tunggal (lup dup).

(f) Sistem pencernaan

Pasien mungkin mengalami mual, muntah, atau gangguan pencernaan setelah operasi. Dapat dikaji adanya lesi atau tidak, frekuensi, konsistensi, warna serta bau auskultasi bising usus, perkusi abdomen normalnya (timapani), palpasi adanya nyeri tekan dan kaji adakah kesulitan dalam BAB.

(g) Sistem perkemihan

Dapat dikaji frekuensi, warna, bau dan jumlah urine, kaji adakah kesulitan dalam BAK, adanya nyeri tekan.

(h) Sistem persyarafan

Dilakukan pengkajian dengan menggunakan pengkajian 12 nervus kranial yaitu, NI Olfactorius (penciuman), NII Opticus (penglihatan), NIII Oculomotorius (gerak mata dan pupil), NIV Trochlearis (gerakan mata ke kanan dan kiri), NV Trigemini (sensasi wajah, otot kunyah), NVI Abducens (gerak bola mata memutar), NVII Facialis (ekspresi wajah), NVIII Vestibulocochlearis (pendengaran), NIX Glossopharyngeus (rasa dan refleks menelan), NX Vagus (bicara dan refleks muntah), NXI Accessorius (gerak leher dan bahu) dan NXII Hypoglossus (gerak lidah).

(i) Sistem endokrin

Dapat dikaji mengenai adanya riwayat diabetes, pembesaran kelenjar tiroid, adanya pembekakan vena jugularis dan adanya nyeri tekan.

(j) Sistem integument

Kaji warna kulit, kelembapan, suhu, taktus kulit, mengidentifikasi adanya lesi, ruam, jaitan, infeksi, warna rambut dan tekstur, distribusi rambut, kebersihan rambut.

g. Pola nutrisi

Asupan nutrisi yang seimbang, terutama kalori, protein, kalsium dan vitamin C sangat penting dalam proses penyembuhan fraktur (Terisno & Lumbantobing, 2025).

h. Pola aktivitas

Pasien fraktur umumnya mengalami penurunan aktivitas akibat nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Yulianita *et al.*, 2023).

i. Pola istirahat tidur

Nyeri yang dirasakan pasien fraktur dapat mengganggu pola tidur, menyebabkan sulit tidur atau sering terbangun di malam hari. Intervensi non-farmakologis seperti relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur pasien (Nurhayati *et al.*, 2022).

j. Riwayat psikososial

Pasien fraktur sering mengalami kecemasan dan stres akibat perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat, serta

kekhawatiran terhadap proses penyembuhan dan kemungkinan kecacatan (Annasy et al., 2023).

2. Analisa Data Keperawatan

Analisa data keperawatan merupakan proses sistematis untuk mengelompokkan dan menginterpretasikan data hasil pengkajian guna mengidentifikasi masalah kesehatan. Proses ini melibatkan klasifikasi pola respon dan membandingkannya dengan standart, serta menjadi dasar dalam penentuan diagnosa keperawatan (Hasina *et al.*, 2023).

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif a. Mengeluh nyeri Data Objektif a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif (tidak tersedia) Data Objektif a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri	Agen pencedera fisik	D.0077 Nyeri Akut

2	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Data Objektif a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Data Objektif a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah	Nyeri	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik
3	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif (tidak tersedia) Data Objektif a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif (tidak tersedia) Data Objektif a. Nyeri b. Perdarahan c. Kemerahan d. Hematoma	Faktor Mekanis (Insisi Bedah)	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

4	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh tidak puas tidur c. Mengeluh pola tidur berubah Data Objektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Data Objektif (tidak tersedia)	Kurang kontrol tidur	D.0055 Gangguan Pola Tidur
5	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif a. Menolak melakukan perawatan diri Data Objektif a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias sacra mandiri b. Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif (tidak tersedia) Data Objektif (tidak tersedia)	Gangguan muskuloskeletal	D.0109 Defisit Perawatan Diri

Tabel 2. 2 Analisa Data

Sumber (PPNI, 2017)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis perawat tentang respons klien terhadap masalah kesehatan actual atau potensial, berdasarkan analisa data. Diagnosa ini menjadi dasar pemelihan intervensi keperawatan (PPNI, 2017).

a. Nyeri Akut (D.0077)

Kategori: psikologis

Subkategori: nyeri dan kenyamanan

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

(a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).

(b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).

(c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (a) Mengeluh nyeri.

Objekif

- (a) Tampak meringis.
- (b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar nyeri).
- (c) Gelisah.
- (d) Frekuensi nadi meningkat.
- (e) Sulit tidur.

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- (a) Tekanan darah meningkat.
- (b) Pola napas berubah.
- (c) Nafsu makan berubah.
- (d) Proses berpikir terganggu.
- (e) Menarik diri.
- (f) Berfokus pada diri sendiri.
- (g) Diaporesis.

5) Kondisi Klinis Terkait

- (a) Kondisi pembedahan.

- (b) Cedera traumatis.
- (c) Infeksi.
- (d) Sindrom koroner akut.
- (e) Galukoma.

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Kategori: fisiologis

Subkategori: aktivitas/istirahat

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab

- (a) Kerusakan integritas struktur tulang.
- (b) Perubahan metabolisme.
- (c) Ketidakbugaran fisik.
- (d) Penurunan kendali otot.
- (e) Penurunan kekuatan otot.
- (f) Keterlambatan perkembangan.
- (g) Kekakuan sendi.
- (h) Kontraktur.
- (i) Malnutrisi.
- (j) Gangguan musculoskeletal.
- (k) Gangguan neuromuscular.

(l) Indeks masa tubuh diatas persentil ke 75 sesuai usia.

(m) Efek agen farmakologis.

(n) Program pembatasan gerak.

(o) Nyeri.

(p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.

(q) Kecemasan.

(r) Gangguan kognitif.

(s) Keengganan melakukan pergerakan.

(t) Gangguan sesotipersepsi.

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif

(a) Kekuatan otot menurun.

(b) Rentang gerak (ROM) menurun.

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(a) Nyeri saat bergerak.

(b) Enggan melakukan pergerakan.

(c) Merasa cemas saat bergerak.

Objektif

- (a) Sendi kaku.
- (b) Gerakan tidak terkoordinasi.
- (c) Gerakan terbatas.
- (d) Fisik lemah.

5) Kondisi Klinis Terkait

- (a) Stroke.
- (b) Cedera medulla spinalis.
- (c) Trauma.
- (d) Fraktur.
- (e) Osteoarthritis.
- (f) Osteomalasia.
- (g) Keganasan.

c. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Kategori: lingkungan

Subkategori: keamanan dan proteksi.

1) Definisi

Kerusakan Kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

2) Penyebab

- (a) Perubahan sirkulasi.

- (b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- (c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- (d) Penurunan mobilitas
- (e) Bahan kimia Iritatif
- (f) Suhu lingkungan yang ekstrem
- (g) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiaterapi, energi listrik bertegangan tinggi)
- (h) Efek samping terapi radiasi
- (i) Proses penuaan
- (j) Neuropati perifer
- (k) Perubahan pigmentasi
- (l) Perubahan Hormonal
- (m) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit.

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- (a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

(a) Nyeri

(b) Perdarahan

(c) Kemerahan

(d) Hematoma

5) Kondisi Klinis Terkait

(a) Imobilisasi

(b) Gagal jantung kongestif

(c) Gagal ginjal

(d) Diabetes mellitus

(e) Immunodefisiensi

d. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Kategori: Fisiologis.

Subkategori: Aktivitas/Istirahat.

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2) Penyebab

(a) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan,

pencahayaannya, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan).

(b) Kurang kontrol tidur.

(c) Kurang privasi.

(d) Restraint fisik.

(e) Ketiadaan teman tidur.

(f) Tidak familiar dengan peralatan tidur.

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(a) Mengeluh sulit tidur.

(b) Mengeluh sering terjaga.

(c) Mengeluh tidak puas tidur.

(d) Mengeluh pola tidur berubah.

(e) Mengeluh istirahat tidur cukup.

Objektif

(tidak tersedia).

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Objektif

(tidak tersedia).

5) Kondisi Klinis Terkait

(a) Nyeri/kolik.

- (b) Hipertiroidisme.
- (c) Kecemasan.
- (d) Penyakit paru obstrutif kronis.
- (e) Kelemahan.
- (f) Periode pasca partum.
- (g) Kondisi pasca operasi.

e. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Kategori: perilaku.

Subkategori: kebersihan diri.

1) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2) Penyebab

- (a) Gangguan musculoskeletal.
- (b) Gangguan neuromuscular.
- (c) Kelemahan.
- (d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- (e) Penurunan motivasi/minat.

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (a) Menolak melakukan perawatan diri.

Objektif

(a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/
makan/ke toilet/berhias sacra mandiri.

(b) Minat melakukan perawatan diri kurang.

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia).

Objektif

(tidak tersedia).

5) Kondisi Klinis Terkait

(a) Stroke.

(b) Cedera medulla spinalis.

(c) Depresi.

(d) Arthritis reumathoid.

(e) Retardasi mental.

(f) *Delirium*.

(g) Demensia.

(h) Gangguan amnestic.

(i) Fungsi penilaian terganggu.

6) Keterangan

Diagnosa ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari:

(a) Mandi.

(b) Berpakaian.

(c) Makan.

(d) Toileting.

(e) Berhias.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tahap perumusan rencana tindakan yang spesifik dan terukur berdasarkan diagnosa keperawatan. Bertujuan mengatasi masalah, mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup klien yang dapat berupa tindakan mandiri (perawat) atau kolaboratif (PPNI, 2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077).

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan Tingkat Nyeri Menurun, dengan kriteria hasil: a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) b. Keluhan nyeri menurun (5) c. Meringis	I. 08238 Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri	1. Untuk menilai jenis dan tingkat nyeri secara menyeluruh sebagai dasar perencanaan intervensi 2. Membantu mengevaluasi efektivitas intervensi nyeri dan memantau perubahan nyeri secara kuantitatif

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
menurun (5) d. Sikap protektif menurun (5) e. Gelisah menurun (5) f. Kesulitan tidur menurun (5) g. Menarik diri menurun (5) h. Berfokus pada diri sendiri menurun (5) i. Diaforessis menurun (5) j. Perasaan depresi (tertekan) menurun (5) k. Perasaan takut mengalami cedera ulang menurun (5) l. Anoreksia menurun (5) m. Perineum terasa tertekan menurun (5) n. Uterus teraba membulan menurun (5) o. Ketegangan	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam	3. Berguna pada pasien yang tidak mampu berkomunikasi verbal agar nyeri tetap terdeteksi dan ditangani 4. Membantu dalam modifikasi lingkungan atau perilaku yang berhubungan dengan nyeri 5. Sebagai dasar dalam memberikan edukasi dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengelolaan nyeri 6. Respon terhadap nyeri dapat dipengaruhi nilai dan norma budaya pasien, sehingga pendekatan harus disesuaikan 7. Menilai sejauh mana nyeri mempengaruhi fungsi fisik, psikologis, sosial dan spiritual pasien 8. Untuk menentukan efektivitas intervensi

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
otot menurun (5) p. Pupil dilatasi menurun (5) q. Muntah menurun (5) r. Mual menurun (5) s. Frekuensi nadi membaik (5) t. Pola napas membaik (5) u. Tekanan darah membaik (5) v. Proses berpikir membaik (5) w. Pola tidur membaik (5). (PPNI, 2022)	pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	nonfarmakologis yang telah digunakan 9. Untuk mencegah komplikasi seperti mual atau ketergantungan 10. Mengurangi persepsi nyeri dengan pendekatan alami yang minim efek samping 11. Lingkungan nyaman dapat membantu menurunkan stress dan mengurangi persepsi nyeri 12. Tidur yang cukup mempercepat pemulihan jaringan dan menurunkan sensitivitas terhadap nyeri 13. Pendekatan yang tepat harus disesuaikan dengan etiologi dan tipe nyeri (akut/kronis) 14. Memberikan pemahaman agar pasien lebih mampu menghadapi dan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		mengelola nyeri 15. Meningkatkan keterampilan pasien dalam mengontrol nyeri secara aktif 16. Pasien dapat segera mengenali perubahan kondisi dan mencari bantuan bila perlu 17. Untuk mencegah penyalahgunaan atau ketergantungan obat 18. Meningkatkan kemampuan pasien dalam meredakan nyeri secara mandiri dan aman 19. Untuk mengurangi rasa nyeri

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054).

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
L.05042 Mobilitas Fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan Mobilitas	I. 05173 Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan	1. Nyeri atau keluhan dapat menghambat pergerakan, sehingga

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Fisik Meningkatkan, dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) b. Keuatan otot meningkat (5) c. Rentang gerak sendi meningkat (5) d. Nyeri menurun (5) e. Kaku sendi menurun (5) f. Gerakan tidak terkoordinasi menurun (5) g. Gerakan terbatas menurun (5) h. Kelemahan fisik menurun	fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 7. Libatkan keluarga untuk membantupasie	perlu diidentifikasi dan tangani terlebih dahulu 2. Mengetahui batasan kemampuan fisik pasien mencegah kelelahan atau cedera saat mobilisasi 3. Menilai kesiapan fisiologis tubuh untuk aktivitas fisik dan mencegah risiko komplikasi kardiovaskular 4. Deteksi dini terhadap tanda-tanda ketidakstabilan, seperti pusing atau sesak napas 5. Meningkatkan kemandirian dan kekuatan otot pasien secara bertahap 6. Untuk mempertahankan atau meningkatkan rentang gerak sendi pasien 7. Dukungan emosional dan fisik dari keluarga mempercepat proses pemulihan dan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
	n dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	motivasi pasien 8. Agar pasien lebih memahami pentingnya mobilisasi dan bersedia bekerja sama 9. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus trombotik dan penurunan fungsi otot 10. Meningkatkan kemampuan pasien secara bertahap

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

c. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis (Insisi Bedah) (D.0129).

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan	I. 14564 Perawatan Luka Observasi 1. Monitor karakteristik	1. Untuk menilai

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat, dengan kriteria hasil: - Elastisitas meningkat (5) - Hidrasi meningkat (5) - Perfusi Jaringan Meningkat (5) - Kerusakan Jaringan menurun (5) - Nyeri menurun (5) - Kerusakan Kulit menurun (5) - Perdarahan menurun (5) - Kemerahan menurun (5) - Hematoma menurun (5) - Pigmentasi Abnormal menurun (5) - Nekrosis menurun (5) - Abrasi Kornea	luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i> - Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksin, <i>sesuai kebutuhan</i> - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i> - Pasang balutan sesuai jenis luka - Perahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi	perkembangan penyembuhan luka dan mendeteksi tanda-tanda komplikasi seperti infeksi atau nekrosis - Deteksi dini infeksi penting untuk mencegah komplikasi sistematis dan mempercepat penyembuhan luka - Mengurangi nyeri dan mencegah trauma tambahan pada jaringan luka - Mengurangi resiko kontaminasi dan mempermudah aplikasi balutan - Membersihkan eksudat dan debris tanpa merusak jaringan sehat - Debridement diperlukan untuk mencegah pertumbuhan bakteri dan mempercepat regenerasi jaringan baru - Menyediakan lingkungan lembab

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
menurun (5) m. Suhu Kulit membaik (5) n. Sensasi membaik (5) o. Tekstur membaik (5) p. Pertumbuhan Rambut membaik (5) q. Jaringan Parut membaik (5)	setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 12. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal /kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i> 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 16. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 17. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 18. Kolaborasi prosedur dbridement (mis. enzimatik, biologis,	yang mendukung penyembuhan luka 8. Menjaga kelembabab luka dan melindungi dari kontaminasi luar 9. Mencegah infeksi silang dan mempercepat penyembuhan 10. Menjaga luka tetap kering dan bersih 11. Mencegah luka tekan baru dan meningkatkan sirkulasi darah ke daerah luka 12. Untuk regenerasi jaringan dan mempercepat proses penyembuhan 13. Mendukung proses penyembuhan luka dan fungsi imun 14. Menguangi nyeri dan memperbaiki sirkulasi lokal 15. Memberdayakan pasien untuk mendeteksi infeksi sejak dini 16. Mendukung kebutuhan metabolic untuk

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
	mekanis, autolitik) 19. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>	penyembuhan luka 17. Meningkatkan kemandirian dan kontinuitas perawatan di rumah 18. Menghilangkan jaringan mati dengan teknik yang sesuai kondisi luka 19. Mengobati atau mencegah infeksi sistematik atau lokal

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kuli/Jaringan

- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur (D.0055).

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
L.05045 Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan Pola tidur Membaik, dengan kriteria hasil: a. Kemampuan beraktivitas meningkat (5) b. Keluhan sulit tidur menurun	I. 05174 Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati	1. Membantu mengenali kebiasaan tidur pasien untuk menentukan intervensi yang sesuai 2. Faktor seeri nyeri, cemas atau stres bisa mengganggu tidur dan perlu diatasi 3. Zat seperti kafein, alcohol dan makanan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
(5) c. Keluhan sering terjaga menurun (5) d. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) e. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) f. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijit, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	berat bisa mengganggu proses tidur 4. Penting untuk mengetahui efek obat terhadap kualitas tidur 5. Penyesuaian pencahayaan, kebisinganv suhu dan kenyamanan tempat tidur mendukung tidur nyenyak 6. Mencegah gangguan tidur malam dan membantu pengaturan siklus dari tidur sampai bangun 7. Mengurangi ketegangan atau stress agar tubuh lebih siap untuk tidur 8. Mendorong keteraturan tidur 9. Membantu relaksasi fisik dan mental sebelum tidur 10. Hindari rencana yang bisa mengganggu waktu tidur pasien 11. Tidur mendukung proses penyembuhan dan daya tahan tubuh

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
	Edukasi 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	12. Rutinitas tidur yang konsisten mendukung kualitas tidur 13. Kafein dan alkohol dapat mengganggu proses tidur alami 14. Agar kualitas tidur tetap terjaga dan tidak mengganggu fungsi kognitif 15. Edukasi meningkatkan kesadaran pasien terhadap faktor-faktor penyebab gangguan pada tidur sehingga bisa dikendalikan 16. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan dan kecemasan tanpa efek samping obat

Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Gangguan Pola Tidur

- e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal (D.0109).

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
L.11103 Perawatan Diri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan Perawatan Diri Meningkat, dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi meningkat (5) - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) - Kemampuan makan meningkat (5) - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) - Mempertahankan kebersihan tubuh meningkat (5) - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)	I. 11348 Dukungan Perawatan Diri Observasi - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) - Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu	- Agar intervensi dapat disesuaikan dengan kebiasaan dan kemampuan pasien secara individual - Untuk mengetahui sejauh mana pasien mampu merawat dirinya secara mandiri - Untuk memfasilitasi perawatan diri yang optimal dan meningkatkan motivasi pasien - Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan motivasi dan kenyamanan dalam melakukan perawatan diri - Ketersediaan alat pribadi mendukung klien untuk melakukan perawatan diri secara maksimal - Pendampingan secara bertahap

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
	jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri untuk mandiri 7. Menerima kondisi dapat mengurangi stress psikologis dan penerimaan terhadap bantuan yang dibutuhkan 8. Membantu mendorong kemandirian tanpa membuat klien merasa tidak berdaya 9. Rutinitas membantu membentuk kebiasaan dan menjaga konsistensi dalam perawatan diri 10. Edukasi dapat mendorong kesadaran dan tanggung jawab klien terhadap perawatan kebersihan dirinya sendiri

Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan, di mana perawat melakukan intervensi yang telah

direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan. Tahap ini mencakup pelaksanaan tindakan keperawatan, baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif, serta koordinasi dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Implementasi dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip seperti respons klien, bukti ilmiah dan kerjasama dengan profesi kesehatan lain (Hadinata & Abdillah, 2022).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang sangat penting untuk menentukan apakah tujuan perawatan yang telah ditetapkan telah tercapai. Pada tahap ini, perawat mengevaluasi sejauh mana tindakan keperawatan yang diberikan berhasil, dan berdasarkan hasil tersebut, perawat dapat memutuskan apakah intervensi yang dilakukan perlu diteruskan, disesuaikan, atau dihentikan. Evaluasi memberikan gambaran tentang perkembangan kondisi pasien dan menjadi acuan untuk melakukan perubahan pada rencana asuhan keperawatan jika diperlukan (Hadinata & Abdillah, 2022). Evaluasi terbagi menjadi beberapa bagian, yaitu:

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif dilakukan segera setelah tindakan keperawatan diterapkan pada pasien. Tujuannya adalah untuk menilai reaksi langsung pasien terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi ini bersifat cepat dan memberikan umpan

balik yang langsung mengenai keberhasilan atau kegagalan tindakan keperawatan. Sebagai contoh, setelah perawat mengajarkan teknik relaksasi kepada pasien yang cemas, perawat dapat segera mengevaluasi apakah pasien merasa lebih tenang. Evaluasi ini sangat penting untuk menentukan apakah pendekatan yang diterapkan memberikan hasil yang diinginkan atau perlu ada perubahan pada tindakannya.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif dilakukan dalam interval waktu yang sudah ditentukan, misalnya setelah setiap shift atau setiap hari dalam masa perawatan. Fokus dari evaluasi ini adalah untuk menilai perkembangan kondisi pasien secara keseluruhan dan untuk mengevaluasi sejauh mana tujuan perawatan, baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang, telah tercapai. Evaluasi ini biasanya dicatat menggunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, dan Plan) pada evaluasi awal, dan dapat berkembang menjadi format SOAPIE atau SOAPIER (yang menambahkan Implementation, Evaluation, dan Revision) pada catatan perkembangan. Dengan evaluasi ini, perawat dapat memantau kelangsungan dari rencana perawatan, melakukan penyesuaian pada tindakan yang sudah dilakukan, serta mendokumentasikan kemajuan atau kendala yang terjadi dalam proses penyembuhan pasien (Nahak, 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	:	Tn. U
Tanggal Lahir	:	02 April 1979
Usia	:	46 Tahun
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Alamat	:	Kp. Tanjung, Tarogong Kaler
Pendidikan	:	SD
Pekejaan	:	Buruh
Agama	:	Islam
Tanggal Masuk RS	:	Selasa, 22 April 2025
Tanggal Operasi	:	Selasa, 22 April 2025
Jam Operasi	:	18:00 WIB
Tanggal Pengkajian	:	Rabu, 23 April 2025
No Rekam Medis	:	000227519
Diagnosa Medis		<i>Post Removal Of Implant</i>
	:	<i>(ROI) Close Fracture Distal</i>
		<i>Radius Sinitra</i>

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. T
 Usia : 45 Tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Kp. Tanjung, Tarogong Kaler
 Hubungan dengan Klien : Istri

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Nyeri pada pergelangan tangan sebelah kiri.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025, klien mengatakan sudah menjalani operasi lepas pen. Klien mengatakan nyeri disebabkan akibat tindakan pembedahan "*Post Remove Implant Fracture*" yang dilakukan satu hari sebelumnya. Klien mengeluh nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7 dari 0-10. Nyeri bersifat hilang timbul dengan durasi $\pm$ 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan tersebut. Klien juga mengatakan enggan untuk menggerakkan pergelangan tangan kiri, sehingga menyebabkan kekakuan otot serta ketebatasan

dalam mobilisasi di sekitar area tersebut dan luka jahitan masih basah.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Awal mula kejadian, klien mengatakn terpeleset saat membawa beban berat dirumahnya pada tahun 2024 lalu dan klien mengalami patah tulang tertutup dibagian pergelangan tangan sebelah kiri. Lalu klien menjalani pemasangan implant. Klien tidak mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus atau penyakit menular.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat patah tulang. Selain itu, tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit turunan seperti diabetes melitus, kanker tulang, hipertensi, asma, jantung dan tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular seperti TB paru, hepatitis B dan HIV/AIDS.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Baik.

2) Kesadaran

Composmentis (E4M6V5).

3) Tanda-tanda Vital

- a) Tekanan Darah : 130/80 MmHg.
- b) Nadi : 78 x/menit.
- c) Suhu : 36,5 °C.
- d) Pernapasan : 20 x/menit.
- e) Saturasi Oksigen : 98 %.

4) Tinggi Badan

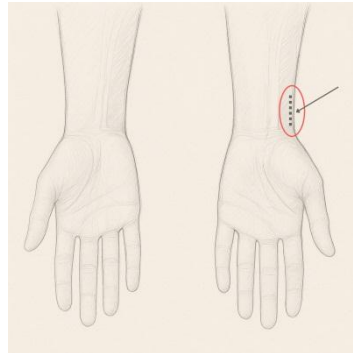
167 cm.

5) Berat Badan

58 kg.

6) Pemeriksaan Fisik Persistem**a) Sistem Muskuloskeletal**

Ektremitas atas kanan tampak normal, tanpa adanya kelainan bentuk, pembengkakan atau kemerahan, tidak ditemukan nyeri saat ditekan, suhu kulit terasa normal serta gerakan. Sedangkan, ektremitas atas kiri pasca operasi pengangkatan implant pada tulang radius distal, menunjukkan luka jahit operasi masih basah dengan panjang luka ± 4 cm namun tidak terdapat tanda-tanda infeksi, nyeri saat ditekan dan suhu kulit tetap normal, rentang gerak pergelangan tangan terbatas akibat nyeri, gerakan masih perlu dibantu.



Gambar 3. 1 Letak Posisi Luka Post Operasi

Sedangkan ekstremitas bawah kanan dan kiri berada dalam kondisi normal, keduanya tampak simetris, tanpa kelainan bentuk (deformitas), pembengkakan atau keluhan nyeri. Rentang gerak aktif dan pasif pada sendi, panggul dan pergelangan kaki normal serta otot di kedua tungkai juga optimal. Dengan kekuatan otot

5	3
5	5

b) Sistem Pernafasan

Gerakan dinding dada tampak simetris saat inspirasi dan ekspirasi, tanpa kesulitan atau tanda-tanda sesak napas, frekuensi 20 x/menit, tidak ada nyeri tekan, bunyi paru normal (sonor) di seluruh lapang paru saat di ketuk, suara napas vesikuler tidak terdengar suara napas tambahan seperti mengi (wheezing) atau ronchi.

c) Sistem Penglihatan

Kedua mata klien tampak simetris, gerakan mata bebas, pupil bulat, reponsif terhadap cahaya (+), tidak tampak tanda iritasi, kemerahan atau sekret, tidak ada nyeri tekan disekitar orbital mata, tidak mengeluhkan pandangan kabur, ganda atau nyeri, saat diminta membaca nametage perawat dari jarak $\pm$ 40cm klien dapat membaca dengan jelas tanpa menyipitkan mata atau mendekat,.

d) Sistem Pendengaran

Kedua telinga tampak simetris, bersih, tanpa kemerahan, pembengkakan atau cairan, tidak ditemukan tanda infeksi atau trauma, tidak ada nyeri tekan, tidak mengeluh gangguan pendengaran seperti telinga berdenging (tinnitus), pendengaran tampak baik saat diuji dengan percakapan biasa dan uji bisikan,.

e) Sistem Endokrin

Tidak ada riwayat diabetes, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid (gondok) atau benjolan di leher, tidak ada keluhan haus berlebih atau penurunan berat badan dratis.

f) Sistem Kardiovaskular

Tidak tampak ada gangguan sirkulasi seperti pucat, sianosis, atau edema pada ekstremitas, denyut nadi teraba kuat dibagian karotis dan radialis, Capillary Refill Time

(CRT) < 3 detik, detak jantung teratur terdengar jelas S1 dan S2 (lupdup) dengan frekuensi 78 x/menit, tidak ditemukan bunyi jantung tambahan atau murmur, tekanan darah 130/80 MmHg.

g) Sistem Pencernaan

Abdomen datar tanpa distensi atau benjolan, frekuensi BAB 1 x/hari, konsistensi normal dan tanpa darah atau lendir, tidak ada mual, muntah, nafsu makan baik dan klien mampu mengonsumsi makanan secara adekuat, bising usus normal 8 x/menit, tidak ada nyeri tekan di bagian perut, bunyi ketuk timpani dominan diseluruh kuadran abdomen.

h) Sistem Perkemihan

Tidak tampak distensi kandung kemih, tidak mengeluh nyeri atau sensasi terbakar saat berkemih (dysuria), frekuensi BAK 3-5 x/hari, warna urin jernih tanpa bau menyengat, tidak menggunakan selang kateter, tidak ada nyeri tekan.

i) Sistem Integument

Seluruh kulit tampak bersih dan terawat, tanpa ruam atau perubahan warna yang mencurigakan, warna kulit merata sawo matang, tampak luka jahitan post operasi di pergelangan tangan kiri dengan panjang $\pm$ 4 cm, luka

tampak masih basah namun tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan menyebar, pembengkakan atau keluarnya nanah, rambut dan kuku tampak terawat, kulit terasa hangat, kulit elastis dengan turgor kulit < 2 detik kembali semula setelah dicubit, terpasang infus IV RL 10 tpm di lengan kanan.

j) Sistem Persyarafan

(1) Nervus I (Olfaktorius)

Kemampuan penciuman baik, klien dapat mengenali dan membedakan aroma-aroma umum seperti kopi dan minyak kayu putih tanpa kesulitan.

(2) Nervus II (Optikus)

Penglihatan baik dan simetris pada kedua mata, lapang pandang luas dan tidak ada keluhan penglihatan kabur, mampu membaca nametag perawat dari jarak ± 40 cm, refleks mata terhadap cahaya (+).

(3) Nervus III, IV dan VI (Okulomotorius, Troklearis dan Abduksen)

Gerakan bola mata bebas ke semua arah, tidak tampak gangguan seperti penglihatan ganda, kelopak mata turun (ptosis) atau gerakan mata tak terkendali (nistagmus), ukuran pupil isokor dan merespon cahaya dengan baik.

(4) Nervus V (Trigeminus)

Sensasi pada wajah normal bisa membedakan sensasi tajam dan tumpul, mampu mengigit dan mengunyah dengan kuat.

(5) Nervus VII (Fasialis)

Gerakan wajah simetris dan kuat, dapat mengakat alis, menutup mata rapat, tersenyum dan menggembungkan pipi dengan baik, tidak ada keluhan kelemahan otot wajah.

(6) Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Pendengaran baik pada kedua telinga, klien tidak mengeluh telinga berdenging (tinnitus) atau rasa berputar (vertigo), keseimbangan tampak stabil saat berdiri.

(7) Nervus IX dan X (Glosalfaringeal dan Vagus)

Fungsi menelan dan refleks muntah (+), tidak mengalami gangguan bicara, suara terdengar jelas dan tidak parau, uvula naik simetris saat diminta mengucapkan “aaa” tanpa tanda-tanda penyimpangan (deviasi).

(8) Nervus XI (Aksesoris)

Klien mampu mengangkat bahu dan menoleh ke kiri dan kanan lurus dengan kekuatan yang baik.

(9) Nervus XII (Hipoglossus)

Gerakan lidah normal, tampak lurus saat dijulurka tanpa tremor dan pengecilan otot lidah.

d. Aspek Psikologis

Ekspresi wajah meringis, komunikasi kooperatif, tampak sedikit gelisah menahan rasa nyeri, klien aktif bertanya hal-hal yang relevan dan tampak antusias terhadap penyembuhannya.

e. Aspek Spiritual dan Sosial

1) Aspek Spiritual

Klien mengungkapkan bahwa keyakinan agamanya memberikan ketenangan dan harapan selama masa pemulihan serta ingin tetap melaksanakan ibadah meskipun terbatas secara fisik.

2) Aspek Sosial

Klien tampak ramah dan mudah berinteraksi dengan anggota keluarga dan tim perawat, komunikasi lancar, ekspresi wajah terbuka dan terlihat bersemangat dalam percakapan. Klien mengatakan merasa nyaman dan didukung oleh keluarga serta lingkungan sosialnya selama masa pemulihan.

f. Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
1	Nutrisi		
	Makan		
	- Menu	Nasi + Lauk Pauk	Bubur
	- porsi	1 porsi (habis)	1 porsi (habis)
	- Frekuensi	3 x/hari	3 x/hari
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	- Cara	Mandiri	Mandiri
	Minum		
	- Jenis	Air putih	Air putih
	- Frekuensi	5-7 gelas/hari	5-7 gelas/hari
	- kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	- cara	Mandiri	Mandiri
2	Eliminasi		
	BAB		
	- Frekuensi	1 x/hari	1 x/hari
	- Konsistensi	Lembek	Lembek
	- Bau	Khas feces	Khas feces
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	- cara	Mandiri	Mandiri
	BAK		
	- Frekuensi	3-5 x/hari	3-5 x/hari
	- Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	- Bau	Khas urine	Khas urine
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	- Cara	Mandiri	Mandiri
3	Istirahat		
	- Lama tidur siang	1-2 jam/hari	1-2 jam/hari
	- Lama tidur malam	7 jam/hari	7 jam/hari
	- Kualitas Tidur	Nyenyak	Nyenyak

	- Kesulitan Tidur	Tidak ada	Sedikit kesulitan karena adanya nyeri
4	Kebersihan Diri		
	- Mandi	3 x/hari	2 x/hari (washlap)
	- Keramas	3 x/minggu	1 x/minggu (washlap)
	- Sikat gigi	2 x/hari	2 x/hari
	- Gunting Kuku	1 x/minggu	1 x/minggu
	- Cara	Mandiri	Dibantu (Waslap)

Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari

g. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Radiologi (Rontgen Tulang)

Nama : Tn. U (46 Tahun)

No Rekam Medik : 000227519

Tanggal Pemeriksaan : 18 April 2025

Jenis Pemeriksaan: Foto Antebrachi Sinitra AP/Lateral

- Telihat pemasangan pin logam internal screw pada os distal radius
- Reduksi fraktur tampak baik, posisi fragmen tulang dalam posisi anatomis
- Hubungan sendi radiokarpal tampak dalam batas normal
- Tidak ditemukan dislokasi
- Jaringan lunak sekitar dalam batas normal, tidak tampak pembengkakan massif

Kesimpulan:

Fraktur distal os radius sinistra, status pasca fiksasi internal menggunakan screw, dengan posisi reduksi baik

2) Pemeriksaan Radiologi (Rontgen Thoraks)

Nama : Tn. U (46 Tahun)

No Rekam Medik : 000227519

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Hasil Pemeriksaan:

- Cor tidak membesar
- Sinus dan diafragma normal
- Pulmo: Hilus normal
- Corakan Bronkhovaskuler normal
- Tidak tampak bercak lunak

kesan: Thoraxs foto baik

3) Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<u>Hematologi</u>			
Hemoglobin	16.0	Pria = 14-18 Wanita = 12-16	gr/dl gr/dl
Leukosit	9.200	4.000-10.000	/m ³
Trombosit	279.000	150.000-450.000	/mm ³
Hematokrit	43.8	35-45	%
Bleeding Time	1'100"	1-3 menit	Menit
Clothing Time	5'00"	5-15 menit	Menit
<u>Kimia Darah</u>			
Gula Darah Sewaktu	89	76-100	mg/dl

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

h. Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Cara	Kegunaan
1	Ceftriaxone	2x1 ampl	IV	Antibiotik untuk mencegah dan mengobati infeksi pasca operasi
2	Ketorolac	2x1 ampl	IV	Analgesik nonsteroid untuk mengurangi nyeri sedang-berat
3	Ranitidine	2x1 ampl	IV	H2 reseptor blocker untuk menurunkan produksi asam lambung dan mencegah tukak lambung
4	Cairan RL 500 ml	10 tpm	IV	Cairan golongan kriteloid untuk rehidrasi dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh

Tabel 3. 3 Terapi Obat

i. Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
Data Subjektif Klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7.	Agen pencedera fisik tindakan operasi ROI ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (<i>bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P</i>) ↓ Diterima oleh noer reseptor	D.0077 Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik

Nyeri hilang timbul dengan durasi $\pm$ 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan Data Objektif a. Klien tampak meringis b. Klien tampak gelisah c. Terdapat luka post operasi d. Skala nyeri 7 e. TD = 130/80 mmHg N = 78 x/menit R = 20 x/menit S = 36,5 °C SPO₂ = 98%	(reseptor nyeri perifer) ↓ Dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A ↓ <i>Dorsal horn (medulla spinalis)</i> ↓ Dihantarkan melalui <i>traktus spinothalamus</i> ↓ Thalamus ↓ Di interpretasi ke <i>cortex cerebri</i> ↓ Dihantarkan melalui <i>traktus corticospinalis</i> ↓ Nyeri di persepsikan ↓ Nyeri Akut	
Data Subjektif Klien mengatakan enggan menggerakkan tangan kirinya sehingga mengalami kekakuan otot Data Objektif a. Klien tampak lemah b. Rentang gerak	Post operasi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan dalam pergerakan	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri

ekstremitas sebelah kiri terbatas c. Klien tampak dibantu sebagian d. Kekuatan otot ekstremitas atas $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Atrofi dan kelemahan otot ↓ Gangguan mobilitas fisik	
Data Subjektif Klien mengatakan terdapat luka post operasi disertai nyeri dan luka jait tampak masih basah Data Objektif a. Terdapat luka jaitan $\pm$ 4cm b. Tidak tampak pus c. Luka tampak dibalut dengan perban steril	Post Operasi ↓ Terdapat luka insisi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi Bedah)

Tabel 3. 4 Analisa Data (Kasus)

2. Diagnosa Keperawatan

a. (D.0077) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik d.d:

Data Subjektif

Klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7. Nyeri

hilang timbul dengan durasi ± 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan.

Data Objektif

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Klien tampak gelisah
- 3) Terdapat luka post operasi
- 4) Skala nyeri 7
- 5) TD = 130/80 mmHg

N = 78 x/menit

R = 20 x/menit

S = 36,5 °C

SPO₂ = 98%

b. (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri d.d:

Data Subjektif

Klien mengatakan enggan menggerakkan tangan kirinya sehingga mengalami kekakuan otot

Data Objektif

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Rentang gerak ekstremitas sebelah kiri terbatas
- 3) Klien tampak dibantu sebagian
- 4) Kekuatan otot

5		3
5		5

c. (D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor

Mekanis (Insisi Bedah) d.d:

Data Subjektif

Klien mengatakan terdapat luka post operasi disertai nyeri dan luka jait tampak masih basah

Data Objektif

- 1) Terdapat luka jaitan $\pm$ 4cm
- 2) Tidak tampak tanda-tanda infeksi sitemik
- 3) Luka tampak dibalut dengan perban steril

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	D.0077 Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Ketegangan otot menurun (5)	I.08238 Manajemen Nyeri Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam) Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Anjurkan Memonitor nyeri secara mandiri	 1. Untuk mendeteksi perubahan kondisi klien dan evaluasi respon klien terhadap terapi 2. Untuk menilai jenis dan tingkat nyeri secara menyeluruh sebagai dasar perencanaan intervensi 3. Membantu mengevaluasi efektivitas itervensi nyeri dan memantau perubahan nyeri secara kuantitatif 4. Membantu dalam modifikasi lingkungan atau perilaku yang berhubungan dengan nyeri 5. Untuk menentukan efektivitas intervensi nonfarmakologis yang telah digunakan 6. Mengurangi persepsi nyeri dengan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. Anjarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik	pendekatan alami yang minim efek samping 7. Meningkatkan keterampilan pasien dalam mengontrol nyeri 8. Agar mengetahui tingkat skala nyerinya secara mandiri 9. Untuk mencegah ketergantungan obat 10. Meningkatkan kemampuan pasien dalam meredakan nyeri mandiri dan aman 11. Untuk mengurangi rasa nyeri
2	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri	L.05042 Mobilitas Fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) b. Kekuatan otot meningkat (5) c. Rentang gerak sendi (ROM)	I.05173 Dukungan Mobilisasi Obesevasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Nyeri atau keluhan dapat menghambat pergerakan, sehingga perlu diidentifikasi dan tangani terlebih dahulu 2. Mengetahui batasan kemampuan fisik pasien mencegah kelelahan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		meningkat (5) d. Gerakan terbatas menurun (5)	Terapeutik 4. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	atau cedera saat mobilisasi 3. Menilai kesiapan fisiologis tubuh untuk aktivitas fisik dan mencegah risiko komplikasi kardiovaskular 4. Untuk mempertahankan atau meningkatkan rentang gerak sendi pasien 5. Dukungan emosional dan fisik dari keluarga mempercepat proses pemulihan dan motivasi pasien 6. Agar pasien lebih memahami pentingnya mobilisasi dan bersedia bekerja sama 7. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus trombosi dan penurunan fungsi otot 8. Meningkatkan kemampuan pasien secara bertahap dengan aktivitas ringan yang aman

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
3	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi Bedah)	L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: a. Perfusi jaringan meningkat (5) b. Kerusakan jaringan menurun (5) c. Kerusakan kulit menurun (5) d. Kemerahan menurun (5) e. Nyeri menurun (5)	I.14564 Perawatan Luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat Edukasi 8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 10. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri	1. Untuk menilai perkembangan penyembuhan luka dan mendeteksi tanda-tanda komplikasi seperti infeksi atau nekrosis 2. Deteksi dini infeksi penting untuk mencegah komplikasi sistemik dan mempercepat penyembuhan luka 3. Mengurangi nyeri dan mencegah trauma tambahan pada jaringan luka 4. Membersihkan eksudat dan debris tanpa merusak jaringan sehat 5. Menjaga kelembaban luka dan melindungi dari kontaminasi luar 6. Mencegah infeksi silang dan mempercepat penyembuhan 7. Menjaga luka tetap kering dan bersih 8. Memberdayakan pasien untuk

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian antibiotik	mendeteksi infeksi sejak dini 9. Mendukung kebutuhan metabolic untuk penyembuhan luka 10. Meningkatkan kemandirian dan kontinuitas perawatan dirumah 11. Mengobati atau mencegah infeksi sistematik atau lokal

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

4. Implementasi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
1	(D.0077) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	POD – 1 Rabu, 24 April 2025 07:00 WIB 07:02 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 130/80 MmHg N = 78 x/menit R = 20 x/menit S = 36,5°C SPO₂ = 98% 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7. Nyeri hilang timbul dengan durasi ± 5	S: Klien mengatakan luka post operasi masih terasa nyeri, nyeri terasa saat digerakan dan berkurang saat di istirahatkan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasa hilang hilang timbul O: - Skala nyeri 7 (0-10) - Ekpresi wajah tampak meringis - Bersikap potektif - Tampak luka jaitan ± 4 cm, tidak ada tanda infkesi - TD = 130/70 MmHg - N = 80 x/menit - R = 20 x/menit - S = 36,6 °C - SPO₂ = 99% A: Masalah Nyeri Akut tertasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		07:04 WIB	menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan 3. mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 7	2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 3. Identifikasi skala nyeri 4. Anjarkan dengan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
		07:06 WIB	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Nyeri timbul jika di gerakan dan hilang jika di istirahatkan	5. Kolaborasi pemberian analgetik	
		07:14 WIB	5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Hasil: Melakukan teknik napas dalam menurunkan rasa nyeri dan ketegangan otot		
		07:10 WIB	6. Memberikan relaksasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam) Hasil: Teknik napas dalam		

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		07:07 WIB	dilakukan dengan kooperatif 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: Klien memahami dan bersedia mencoba teknik relaksasi napas dalam		
		07:15 WIB	8. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Hasil: Klien bersedia untuk memantau nyeri secara mandiri menggunakan skala nyeri		
		07:18 WIB	9. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat Hasil: Klien bersedia menggunakan analgesic sesuai anjuran		
		07:20 WIB	10. Menganjarkan relaksasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Klien mulai mampu mengulang teknik napas dalam		
		08: 00 WIB			

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
			secara mandiri 11. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: Diberikan obat injeksi ketorolac 1x1		
2	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri	Rabu, 23 April 2025 07: 21 WIB 07:23 WIB 07: 26 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya Hasil: Klien mnegeluh mengalami kekakuan pada pergelangan tangan kiri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Klien mampu menggerakkan jari-jari secara perlahan dengan sedikit bantuan 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: Tidak ada tanda kelelahan atau sesak saat melakukan mobilisasi ringan	S: Klien mengatakan tangan kiri terasa kaku dan masih takut menggerakkan karena nyeri O: a. Kekuatan otot di ekstremitas atas 5 3 5 5 b. Rentang gerak terbatas c. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif)	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 25 WIB	4. Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) Hasil: ROM pasif dilakukan secara perlahan, klien kooperatif dan tidak mengeluh nyeri berat	4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
		08: 25 WIB	5. Melibatkan keluarga untuk membantupasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Istri klien membantu saat latihan mobilisasi sederhana (ROM pasif)	5. Ajarkan mobilisasi sederhana	
		07: 22 WIB	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil: Klien memahami tujuan dan pentingnya mobilisasi		
		07: 30 WIB	7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil: Klien mencoba duduk mandiri dan berlatih menggerakkan tangan kirinya		

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 25 WIB	8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Klien mencoba mengangkat lengan kiri dan melatih jari		
3	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi Bedah)	Rabu, 23 April 2025 08:02 WIB 08:05 WIB 08:08 WIB 08:10 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Adanya luka jahitan post operasi removal of implant $\pm$ 4 cm tampak masih basah, tidak ada eksudat abnormal dan tanpa bau 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tida tampak kemerahan menyebar, tidak ada demam, tidak ada pus 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil: Balutan dilepas dengan hati-hati, kassa tidak menempel pada jaringan luka 4. Mebersihkan dengan cairan NaCL	S: Klien mengatakan luka post operasi masih terasa nyeri dan masih basah O: a. Luka jaitan post operasi tampak masih basah b. Panjang luka jahitan $\pm$ 4 cm c. Luka tampak sudah dibalut dengan kassa steril d. Suhu tubuh normal 36,6°C A: Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 20 WIB	Hasil: Luka dibersihkan tanpa reaksi nyeri hebat 5. Memasangkan balutan sesuai jenis luka Hasil: Luka dibalut ulang dengan kassa steril dan kering	protein 6. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri 7. Kolaborasi pemberian antibiotik	
		08:20 WIB	6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: Prosedur dilakukan dengan prosedur ketat		
		08: 21 WIB	7. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat Hasil: Balutan diganti 1x/hari karena luka cukup basah		
		08:23 WIB	8. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien memahami ciri infeksi seperti kemerahan, bekak dan nanah (pus) serta cara merawat luka		
		08: 24 WIB	9. Menganjurkan mengkonsumsi		

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 24 WIB 08:00 WIB	makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Klien bersedia konsumsi makanan bergizi dari ahli gizi rumah sakit 10. Mengajukan prosedur perawatan luka secara mandiri Hasil:Klien dan istri mehami cara merawat luka setelah nanti pulang 11. Berkolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Klien diberikan terapi obat injeksi Cetriaxone 1x1		
1	(D.0077) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	POD – 2 Kamis, 24 April 2025 07:00 WIB 07:02 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 120/90 MmHg N = 84 x/menit R = 20 x/menit S = 36,6°C SPO₂ = 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,	S: Klien mengatakan luka post operasi masih terasa nyeri nyeri dirasa saat digerakan sehingga mengganggu aktivitas, terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul O: a. Skala nyeri 6 b. Ekpresi wajah tampak meringis c. Bersikap potektif berkurang d. Tampak luka jaitan ± 4 cm, tidak ada tanda infkesi	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		07:04 WIB 07:06 WIB	kualitas, intensitas nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 6. Nyeri hilang timbul dengan durasi $\pm$ 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan 3. mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 6 4. Menganjurkan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil:Klien mulai membiasakan melakukan teknik relaksasi napas	e. TD = 120/90 MmHg N = 84 x/menit R = 20 x/menit S = 36,6 °C SPO2 = 99% A: Masalah Nyeri Akut tertasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 3. Identifikasi skala nyeri 4. Anjarkan dengan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik	

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf				
		08: 00 WIB	dalam jika nyeinya muncul 5. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: Diberikan obat injeksi ketorolac 1x1						
2	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri	Kamis, 24 April 2025 07: 21 WIB 07:23 WIB 08: 26 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya Hasil: Klien mnegeluh mengalami kekakuan pada pergelangan tangan kiri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Klien mampu menggerakkan jari-jari secara perlahan dengan sedikit bantuan 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) Hasil: ROM pasif dilakukan secara perlahan, klien koperatif dan tidak mengeluh nyeri berat 4. Mellibatkan keluarga untuk	S: Klien mengatakan tangan kiri terasa kaku dan masih takut menggerakkan karena nyeri O: a. Kekuatan otot di ekstremitas atas <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> b. Rentang gerak terbatas c. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif)	5	3	5	5	Uly
5	3								
5	5								

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 26 WIB	membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Istri klien membantu saat latihan mobilisasi sederhana (ROM pasif) 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: Klien sedikit dapat mengerakan bagian pergelangan tangan kirinya	4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
3	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi Bedah)	Kamis, 24 April 2025 08:02 WIB 08:05 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Adanya luka jahitan post operasi removal of implant $\pm$ 4 cm tampak masih basah, tidak ada eksudat abnormal dan tanpa bau 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tidak tampak kemerahan menyebar, tidak ada demam, tidak ada pus	S: Klien mengatakan luka post operasi masih terasa nyeri dan masih basah O: - Luka jaitan post operasi tampak masih basah - Panjang luka jahitan $\pm$ 4 cm - Luka tampak sudah dibalut dengan kassa steril - Suhu tubuh normal 36,5°C A: Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna,	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08:08 WIB	3. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: Prosedur dilakukan dengan prosedur ketat	ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi	
		08:10 WIB	4. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat Hasil: Balutan diganti 1x/hari karena luka cukup basah	3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat	
		08: 20 WIB	5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Klien bersedia konsumsi makanan yang disediakan di rumah sakit	5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri	
		08:00 WIB	6. Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri Hasil:Klien dan istri mehami cara merawat luka setelah nanti pulang 7. Berkolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Klien diberikan terapi obat injeksi Cetriaxone 1x1	7. Kolaborasi pemberian antibiotik	

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
1	(D.0077) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	POD - 3 Jum'at, 25 April 2025 07:00 WIB 07:02 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 120/80 MmHg N = 76 x/menit R = 20 x/menit S = 36,4°C SPO₂ = 99% 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti berdenyut, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 5. Nyeri hilang timbul dengan durasi ± 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah	S: Klien mengatakan nyeri mulai berkurang, sedikit mengganggu aktivitas, terasa seperti berdenyut dan nyeri dirasa hilang hilang timbul O: - Skala nyeri 5 - Ekpresi wajah tampak meringis - Bersikap potektif berkurang - Tampak luka jaitan ± 4 cm, tidak ada tanda infkesi - TD = 120/80 MmHg - N = 76 x/menit - R = 20 x/menit - S = 36,4 °C - SPO₂ = 99% A: Masalah Nyeri Akut tertasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		07:04 WIB 07:06 WIB 08: 00 WIB	adanya aktivitas pada tangan 3. mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 5 4. Mengajarkan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil:Klien mulai membiasakan melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeinya muncul 5. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: Diberikan obat injeksi ketorolac 1x1	3. Identifikasi skala nyeri 4. Anjarkan dengan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik	
2	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri	Jum'at, 25 April 2025 07: 21 WIB 07:23 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya Hasil: Klien mnegeluh mengalami kekakuan pada pergelengan tangan kiri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Klien mampu menggerakkan	S: Klien mengatakan pergelanga tangan kirinyaseikit masih terasa kaku dan masih takut menggerakkan karena nyeri O: a. Kekuatan otot 5 4 5 5 b. Rentang gerak terbatas	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08: 26 WIB 08: 26 WIB	jari-jari secara perlahan dengan sedikit bantuan 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) Hasil: ROM pasif dilakukan secara perlahan, klien kooperatif dan tidak mengeluh nyeri berat 4. Melibatkan keluarga untuk membantupasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Istri klien membantu saat latihan mobilisasi sederhana (ROM pasif)	c. Klien melakukan ROM pasif dengan bantuan A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
3	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi	Jum'at, 25 April 2025 08:02 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Adanya luka jahitan post operasi removal of implant $\pm$ 4 cm tampak mulai mengering, tidak ada eksudat abnormal dan tanpa bau	S: Klien mengatakan nyeri luka post operasi mulai berkurang dan luka jahit mulai mengering O: a. Luka jaitan post operasi tampak mulai mengering b. Panjang luka jahitan $\pm$ 4 cm c. Luka tampak sudah dibalut dengan kassa steril	Uly

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
	Bedah)	08:05 WIB	2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tidak tampak kemerahan menyebar, tidak ada demam, tidak ada pus	d. Suhu tubuh normal 36,4°C A: Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
		08:08 WIB	3. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: Prosedur dilakukan dengan prosedur ketat	1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	
		08:10 WIB	4. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat Hasil: Balutan diganti 1x/hari karena luka cukup basah	4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri 7. Kolaborasi pemberian antibiotik	
		08: 20 WIB	5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Klien bersedia konsumsi makanan yang disediakan di rumah sakit 6. Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri Hasil: Klien dan istri mehami cara		

NO	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	paraf
		08:00 WIB	merawat luka setelah nanti pulang 7. Berkolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Klien diberikan terapi obat injeksi Cetriaxone 1x1		

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	(D.0077) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	POD – 4 Sabtu, 26 April 2025 07:00 WIB	S: Klien mengatakan luka post operasi masih terasa nyeri nyeri dirasa saat digerakan sehingga mengganggu aktivitas, terasa seperti berdenyut, nyeri hilang timbul O: - Skala nyeri 4 - Ekpresi wajah tampak meringis - Bersikap potektif berkurang - Tampak luka jaitan $\pm$ 4 cm, tidak ada tanda infkesi - TD = 120/80 MmHg N = 84 x/menit	Uly

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			R = 20 x/menit S = 36,6 °C SPO2 = 99% A: Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 3. Identifikasi skala nyeri 4. Anjarkan dengan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik I: 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Melakukan teknik nonfarmakologis (napas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri	

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			5. Berkolaborasi pemberian analgetik E: Masalah teratasi sebagian (Intevensi dipertahankan)	
2	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri	Sabtu, 26 April 2025 07:00 WIB	S: Klien mengatakan tangan kiri terasa sedikit kaku dan pergerakan masih terbatas O: a. Kekuatan otot ekstremitas atas 5 4 5 5 b. Rentang gerak sedikit terbatas c. Klien melakukan ROM pasif dengan sebagian di bantuan A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Uly

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			I: 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau kekakuan fisik lainnya 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM Pasif) 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan E: Masalah teratasi sebagian (intervensi dipertahankan)	
3	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Faktor Mekanis (Insisi Bedah)	Sabtu, 26 April 2025 07:00 WIB	S: Klien mengatakan nyeri luka post operasi mulai berkurang tanpa nyeri tambahan O: a. Luka jahitan operasi tampak mulai mengering b. Panjang luka jahitan $\pm$ 4 cm c. Luka tampak sudah dibalut dengan kassa steril d. Suhu tubuh normal 36,6°C A: Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna,	Uly

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri 7. Kolaborasi pemberian antibiotik I: 1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat 5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6. Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri	

No	Diagnosa Keperawatan	Hari Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
			7. Berkolaborasi pemberian antibiotik E: Masalah teratasi sebgaiian (intervensi dipertahankan)	

Tabel 3. 7 Evaluasi Keperawatan

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, penulis membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien *Post Operasi Removal Of Implante* sesuai dengan konsep teori yang ada. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama tiga hari pada tanggal 23-25 April 2025 di Ruang Bougenville RS Guntur. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Post Operasi Removal Of Implante* di RS Guntur akan diuraikan sesuai tiap fase dalam proses keperawatan, meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dilakukan untuk mengumpulkan data sebagai sumber dalam menegakkan diagnosa dan memberikan asuhan keperawatan. Dalam pengkajian pada tanggal 23 April 2025, didapatkan data Tn. U berumur 46 tahun, kelahiran 02 April 1979, berjenis kelamin laki-laki, agama islam, yang bekerja sebagai buruh dan beralamat di Kp. Tanjung, Tarogong Kaler dengan diagnosa medis *post remove of implante* (ROI). Identitas ini sangat penting menurut (Paryono et al., 2024) terutama identitas usia dan jenis pekerjaan dapat memengaruhi proses pemulihan dan risiko komplikasi pasca operasi.

Dalam teori (Meliana et al., 2024) yang menyatakan bahwa nyeri akut pasca trauma atau pembedahan merupakan akibat dari respon inflamasi dan aktivasi nosiseptor. Dalam pengkajian didapatkan Klien mengatakan nyeri disebabkan akibat tindakan pembedahan "*Post Remove Implant Fracture*" yang dilakukan satu hari sebelumnya, nyeri

muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7 dari 0-10. Nyeri bersifat hilang timbul dengan durasi ± 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan tersebut.

Klien mengatakan terpeleset saat membawa beban berat dirumahnya pada tahun 2024 lalu dan klien mengalami patah tulang tertutup dibagian pergelangan tangan sebelah kiri. Lalu klien menjalani pemasangan implant. Ia tidak memiliki riwayat penyakit penyerta seperti diabetes mellitus atau infeksi yang menular dan tidak ada anggota keluarga dengan riwayat serupa. Menurut (Yuan *et al.*, 2022) riwayat penyakit kronis seperti diabetes mellitus atau penyakit infeksi menular dapat menghambat dalam proses penyembuhan luka, yang dalam kasus ini tidak ditemukan.

Sesuai teori (Rumapea & Barus, 2024) imobilisasi dan nyeri pasca operasi dapat menyebabkan spasme otot dan penurunan kekuatan ekstremitas. Didapatkan dalam kasus pemeriksaan tanda vital menunjukkan dalam batas normal, tetapi pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan pada ekstremitas atas kiri ditemukan luka operasi dengan panjang ± 4 cm masih basah namun steril. Rentang gerak sendi terbatas dan kekuatan otot pada ekstremitas atas kiri didapatkan dengan skala 3. Sesuai dengan teori (Prabowo, 2015) skala

otot 3 yaitu gerakan yang normal melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan.

Pemeriksaan radiologi menunjukkan telah terjadinya pembentukan tulang baru yang menandakan penyembuhan tulang dengan status masih terpasang pen. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil yaitu dalam batas normal. Sesuai dengan teori pemeriksaan ini sangat penting sebagai dasar evaluasi status inflamasi dan kesiapan penyembuhan tulang (Prabowo, 2015).

Menurut (Annasy *et al.*, 2023) dukungan sosial sangat berpengaruh terhadap pemulihan psikologis dan meningkatkan ketaatan terhadap pengobat. Didapatkan dalam kasus klien tampak sedikit cemas namun kooperatif dan menunjukkan motivasi tinggi untuk sembuh. Ia merasa didukung oleh keluarga dan lingkungannya.

Klien mampu makan dan eliminasi secara mandiri, namun sedikit ada keterbatasan dalam aktivitas gerak terutama pada bagian tangan sebelah kiri karena disebabkan oleh nyeri yang dirasa. Hal ini mendukung dengan teori dari (Yulianita *et al.*, 2023) yaitu pasien fraktur umumnya mengalami penurunan aktivitas akibat nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Menurut (Nurhayati *et al.*, 2022) nyeri adalah faktor utama yang memengaruhi kualitas tidur pasien pasca operasi dan intervensi yang efektif yaitu dengan teknik napas dalam yang dapat membantu

meningkatkan kualitas tidur. Pada kasus didapatkan tidur malam pada klien sedikit terganggu karena nyeri yang dirasa, meskipun tidur siang tetap dapat dilakukan, namun kualitas tidur klien nyenyak.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis perawat tentang respons klien terhadap masalah kesehatan actual atau potensial, berdasarkan analisa data. Diagnosa ini menjadi dasar pemelihan intervensi keperawatan.(PPNI, 2017). Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, maka diagnosa keperawatan yang muncul, ialah:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut muncul akibat aktivasi reseptor nyeri setelah kerusakan jaringan. Zat inflamasi seperti prostaglandin dan bradikinin memicu persepsi nyeri (Meliana *et al.*, 2024). Didapatkan pada kasus klien mengatakan nyeri, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7. Nyeri hilang timbul dengan durasi $\pm$ 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan, tampak meringis, gelisah dengan panjang luka jahitan $\pm$ 4 cm. Nyeri merupakan respon fisiologis yang harus ditangani agar tidak menghambat aktivitas. Intervensi nonfarmakologis seperti naps dalam dan edukasi penggunaan analgetik perlu dilakukan.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Yulianita *et al.*, 2023) penurunan kekuatan otot dan rentang gerak sendi disebabkan oleh nyeri, edema dan imobilisasi pasca operasi. Sesuai dengan kasus klien tampak lemah, enggan melakukan pergerakan akibat nyeri yang dirasa menyebabkan gerakan ekstremitas terutama bagian atas terbatas dengan kekuatan otot 3 sehingga memerlukan bantuan dalam pergerakan. Melakukan gerakan latihan Range Of Motion secara bertahap penting dilakukan untuk mencegah atrofi otot dan kontraktur. Keterlibatan keluarga dalam membantu aktivitas dapat mempercepat pemulihan.

c. Gangguan integritas kulit

Setiap tindakan pembedahan menyebabkan kerusakan jaringan dan memicu proses penyembuhan (Rumapea & Barus, 2024). Didapatkan dari kasus luka jahitan operasi $\pm$ 4 cm masih tampak basah, dengan dibalut kasa steril, tidak tampak adanya tanda infeksi. Edukasi tentang perawatan luka mandiri, konsumsi makanan tinggi protein dan tanda-tanda infeksi perlu diberikan untuk mendukung dalam proses penyembuhan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tahap perumusan rencana tindakan yang spesifik dan terukur berdasarkan diagnosa keperawatan. Bertujuan mengatasi masalah, mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas

hidup klien yang dapat berupa tindakan mandiri (perawat) atau kolaboratif (PPNI, 2018). Berdasarkan diagnosa yang penulis tetapkan maka di rumuskan intervensi keperawatan sebagai berikut:

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri sedang, meringis cukup menurun, gelisah menurun. Rencana tindakan sebagai berikut: identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, identitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil kekuatan otot meningkat, peningkatan rentang gerak ROM, keluhan nyeri menurun. Rencana tindakan sebagai berikut: Identifikasi nyeri dan kekakuan, Fasilitasi ROM pasif, Libatkan keluarga dalam mobilisasi, Ajarkan mobilisasi sederhana.

Pada diagnosa keperawatan Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (insisi bedah) yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri

menurun. Rencana tindakan sebagai berikut: Monitor karakteristik luka dan tanda infeksi, Rawat luka dengan teknik steril, Anjurkan nutrisi tinggi kalori dan protein, Kolaborasi pemberian antibiotik.

Seluruh rencana tindakan keperawatan diatas disusun berdasarkan masalah keperawatan yang muncul pada Tn. U saat dilakuka pengkajian. Komponen yang penulis susun dalam menetapkan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan didasarkan atas 4 komponen dasar yang harus ada dalam intervensi keperawatan, antarlain: tindakan keperawatan mandiri, tindakan keperawatan monitoring, tindakan keperawatan pendidikan kesehatan dan tindakan keperawatan kolaboratif.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan, di mana perawatan melaksanakan intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan. Tahap ini mencakup pelaksanaan tindakan keperawatan, baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif, serta koordinasi dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Implementasi dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip seperti respons klien, bukti ilmiah dan kerjasama dengan profesi kesehatan lain (Hadinata & Abdillah, 2022).

Implementasi dilakukan secara rutin sejak hari pertama pasca operasi. Nyeri dipantau secara berkala, dilakukan teknik napas dalam,

dan klien diajarkan pemantauan nyeri mandiri. Mobilisasi dimulai dengan ROM pasif secara perlahan dan melibatkan istri klien sebagai pendamping latihan. Luka diperiksa dan dirawat setiap hari dengan teknik steril, serta balutan diganti sesuai kondisi eksudat. Klien menunjukkan respons baik terhadap semua tindakan, kooperatif dan antusias dalam mengikuti arahan perawat. Analgetik dan antibiotik diberikan sesuai jadwal dan hasil pemantauan menunjukkan kondisi yang stabil.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memberikan gambaran tentang perkembangan kondisi pasien dan menjadi acuan untuk melakukan perubahan pada rencana asuhan keperawatan jika diperlukan (Hadinata & Abdillah, 2022). Evaluasi dilakukan setiap hari setelah melakukan tindakan, didapatkan dari hasil menunjukkan perkembangan positif sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut berangsur menurun, dari skala 7 menjadi 4, dengan ekspresi wajah klien membaik dan sikap protektif menurun. Klien mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri dan memahami penggunaan analgetik dengan benar. Pada diagnosa nyeri akut masalah teratasi sebagian dan pertahankan intervensi.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas Fisik mulai membaik. Klien lebih percaya diri melakukan ROM pasif dan mencoba mobilisasi ringan seperti

menggerakkan tangan. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian dan pertahankan intervensi melakukan gerakan latihan ROM secara mandiri atau dengan bantuan keluarga. Kekuatan otot

$$\frac{5}{5} \mid \frac{4}{5}$$

c. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan

Luka operasi menunjukkan progres penyembuhan yang baik, mulai mengering tanpa tanda infeksi. Klien dan keluarga telah memahami prosedur perawatan luka dan pentingnya asupan gizi selama pemulihan. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan masalah teratasi sebagian dan pertahankan intervensi perawatan luka secara mandiri dan asupan gizi tinggi protein untuk membantu dalam proses penyembuhan luka.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien *Post Remove Of Implante* di Ruang Bungenville RS Guntur, penulis dapat mengambil kesimpulan:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implant (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinitra Post Of Day 1*. Penulis mendapatkan data klien mengatakan nyeri disebabkan akibat tindakan pembedahan "*Post Remove Implant Fracture*" yang dilakukan satu hari sebelumnya, nyeri muncul saat digerakan dan akan berkurang saat dalam posisi istirahat. Nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri terfokus di pergelangan tangan kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh lainnya dengan skala nyeri 7 dari 0-10. Nyeri bersifat hilang timbul dengan durasi ± 5 menit tiap kali muncul, terutama setelah adanya aktivitas pada tangan tersebut mengalami kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas bagian atas sebelah kiri sehingga mengalami penurunan kekuatan otot yaitu 3, kondisi balutan kering dan luka jaitan masih basah dengan panjang luka jahitan ± 4 cm.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implant (ROI) Close Fracture Distal Radius Sinitra Post Of Day 1*. Adapun diagnosa

keperawatan yang muncul pada pasien yaitu: Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik, Gangguan Mobilitas Fisik dan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan.

3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implant (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinitra Post Of Day 1* berdasarkan prioritas yang telah disusun dan berdasarkan kondisi pasien.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implant (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinitra Post Of Day 1* sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dan tindakan yang telah dilakukan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implant (ROI) Atas Indikasi Union Fracture Distal Radius Sinitra Post Of Day 1*. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah keperawatan Nyeri Akut dapat teratasi sebagian, Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian dan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan teratasi sebagian.

C. Rekomendasi

Berdasarkan hasil yang telah diperoleh, penulis menyampaikan beberapa saran yang diharapkan dapat bermanfaat bagi berbagai pihak, sebagai berikut:

1. Bagi Perawat dan Rumah Sakit

- a. Untuk perawat, diharapkan dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan dan pengetahuan khususnya dalam penanganan pasien orthopedi pascaoperasi. Selain itu, perawat juga berperan penting dalam memberikan edukasi kepada pasien sejak sebelum operasi hingga menjelang kepulangan, agar pasien siap secara fisik dan mental untuk merawat diri di rumah.
- b. Untuk rumah sakit, disarankan agar lebih aktif menyediakan fasilitas pendukung pemulihan, seperti alat bantu gerak yang nyaman serta ruang rawat yang aman. Selain itu, pengembangan sumber daya manusia melalui pelatihan kompetensi di bidang orthopedi perlu menjadi prioritas. Rumah sakit juga diharapkan menyediakan media edukasi yang riakis seperti leaflet atau poster mengenai perawatan pascaoperasi agar pasien dan keluarga lebih siap dalam melakukan perawatan mandiri.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami setiap informasi serta edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan menerapkannya secara konsisten dalam perawatan di rumah. Beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

- a. Melakukan gerakan tangan kiri secara perlahan dan bertahap sesuai anjuran dokter, guna memulihkan fungsi sendi dan mencegah kekakuan. Hal ini dikenal sebagai latihan rentang gerak atau *Range Of Montion* (ROM), yang penting untuk mempercepat pemulihan
- b. Menjaga kebersihan luka operasi secara rutin agar tidak terjadi infeksi.
- c. Mengikuti jadwal kontrol yang telah ditentukan untuk memantau perkembangan penyembuhan.
- d. Memberikan dukungan moral dari keluarga yang sangat dibutuhkan untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi masa pemulihan.

3. Bagi Institut Pendidikan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menghadapi tantangan dalam memperoleh sumber pustaka yang relevan, terutama jurnal dan buku terbaru. Oleh karena itu, demi kepentingan bersama serta untuk mendukung peningkatan kualitas pendidikan dan kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan, penulis sangat berharap agar pihak perpustakaan dapat memperkaya koleksi referensinya. Hal ini penting sebagai bahan pembelajaran sekaligus sebagai acuan untuk membandingkan antara kondisi nyata di lapangan dengan teori berdasarkan literatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdel-Mageed, A. M., Abdellatif, M. M., Ali, Y. H., Intisar, K. S., Shahhat, I. M. A. M., Abu-Tahon, M. A., Abdein, M. A., Aljameeli, M. M., Elsheikh, S. Y. S., Elwasefy, S. A., Mahrouki, S., & Ali, Z. A. (2024). Inflammatory immune response and its key roles in the process of bone fractures healing. *Edelweiss Applied Science and Technology*, 8(5), 2536–2541.
<https://doi.org/10.55214/25768484.v8i6.3738>
- Ali, H., Aftab, Z., Shamim, A., & Ali, F. (2023). A retrospective study of implant removal in orthopaedic patients. *Journal of Pharmaceutical Technology, Clinical and Medical Research*, 11(2), 1–5.
<https://jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/6533>
- Annasy, N., Nabhani, N., & Adriansyah, W. F. (2023). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien fraktur (ORIF) dengan spinal anestesi. *Vitamin: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum*, 1(2), 33–46.
<https://doi.org/10.61132/vitamin.v1i2.1046>
- Asikin, M. & Nasir, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. Penerbit Erlangga.
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan* (H. Rohana (ed.)). Penerbit Widina Bhakti Persada Bandung.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Pustaka Baru Press.
- Hasina, S. N., Faizah, I., Putri, R. A., Sari, R. Y., & Rohnawati, R. (2023). Analisis faktor yang berhubungan dengan ketepatan penegakan diagnosa keperawatan menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI). *Jurnal Keperawatan*, 15(1), 1–10.
<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Imamamah, I. N., Aripriatwi, C., Aulia, N. R., Afiani, M. L., Rakha, R., Dianty, S., Sari, P. L., & Putra, S. M. S. (2024). Penanganan Kegawatdaruratan Fraktur Dengan Balut Bidai Di Poli Orthopedi Rumah Sakit TK.III 04.06.04 Slamet Riyadi Surakarta. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 2(10), 374–379.
<https://doi.org/10.59435/gjmi.v2i10.1021>
- Infokes Rumah Sakit Guntur. (2025). *Rekapitulasi jumlah kunjungan pasien tahun 2024 dan 2025*.
- Kawiyana, I. K. S., Astawa, P., Ridia, K. G. M., Dusak, I. W. S., Suyasa, I. K., Karna, M. B., Aryana, I. G. N. W., Dharmayuda, C. G. O., Artha, I. G. L. N. A., Wiratnaya, I. G. E., Asmara, A. A. G. Y., Dewi, K. A. C., Subawa, I. W., Maharjana, M. A., Meregawa, P. F., Arimbawa, I. B., Yudha, G. A. K., Santosa, C., Putra, I. M. D. T., ... Arimbawa, I. B. (2020). *Orthopaedi dan Traumatologi: Buku Panduan Belajar Dokter Muda*. Penerbit Lontar

Mediatama.

- Kumar, N., Gupta, R., & Singh, P. (2022). Removal of orthopaedic implants: When and why? *Journal of Clinical Orthopaedics*, 13(1), 12–17.
<https://doi.org/10.1016/j.jcorth.2022.04.003>
- Making, M. A., Gultom, A. B., Rosaulina, M., Toru, V., Banase, E. F. T., To'o Jala Mulu, S., & Setyawan, A. (2022). *Perawatan Luka dan Terapi Komplementer*. Media Sains Indonesia.
https://www.researchgate.net/publication/370635175_PERAWATAN_LUKA_DAN_TERAPI_KOMPLEMENTER?utm_source
- Mardiana, M. (2024). *Penerapan kompres dingin dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman nyeri pada pasien post ORIF fraktur clavícula di ruang Melati 2 RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten* [Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta].
<https://eprints.poltekkesjogja.ac.id/17976/>
- Marsh, J. L., Anderson, D. D., & Willey, M. (2021). Implant removal in orthopaedic trauma: Practical indications and controversies. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 479(6), 1208–1217.
<https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000001681>
- Meliana, B. P., Budi, A. W. S., & Rahmawanto. (2024). Pengaruh Pemasangan Balut Bidai dan Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Fraktur. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(6).
<https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Muzaki, A. (2023). Pemberian Aromaterapi Lemon untuk Menurunkan Nyeri Akut pada Pasien Fraktur di IGD. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 4(2), 212–219.
- Nadrati, B., & Supriatna, D. (2022). *Anatomi Fisiologi Sistem Muskuloskeletal*. STIKes Yarsi Mataram.
- Nahak, M. P. M. (2023). Efektivitas pelatihan dokumentasi keperawatan menggunakan panduan teknis terhadap keterampilan dokumentasi keperawatan pada mahasiswa keperawatan Universitas Timor. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 7(1), 1–8. <https://ejournal.upnvj.ac.id/Gantari/issue/view/284>
- Nurhayati, N., Marianthi, D., Desiana, D., & Maulita, R. (2022). Pemberian relaksasi Benson terhadap penurunan nyeri pasien post operasi fraktur femur di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53. <https://jourkep.jurkep-poltekkesaceh.ac.id/index.php/jourkep>
- Paryono, Susanto, G., Ekaputri, M., Kusumantingtyas, D. P. H., Aisyah, N., Al Farisi, M. F., Narvaiti, N., Nur, S., & Kosim, M. Y. (2024). *Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi, dan Evaluasi*. Tahta Media Group.

- PPNI, T. P. D. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi I). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi I). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. D. (2022). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi I). DPP PPNI.
- Prabowo, A. A. A. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Post Remove of Inplate Fraktur Tibia di RSUD Sukoharjo* [Universitas Muhammadiyah Surakarta]. <https://eprints.ums.ac.id/archive/etd/33921/4>
- Prajayanti, E. D., Primaratri, S., Putri, A. H., Utami, D. F. E., Putri, D. A., Ardani, D. M., & Nugroho, C. A. (2024). Peran nutrisi dalam proses penyembuhan luka di Bangsal Kultura RS Universitas Sebelas Maret. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 2(10), 174–179. <https://gudangjurnal.com/index.php/gjmi/article/download/568/946/2646>
- Ramdhani, M. Z., Nugrahi, B. A., & Rahayu, U. (2024). Manajemen Pasca Bedah Pada Kasus Open Fraktur Segmental Cruris: Case Report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(6), 3341–3347. <https://jurnal.sentrjournal.ac.id/index.php/sri>
- Rino, M., & Al Fajri, J. (2021). Pendidikan kesehatan latihan Range of Motion aktif dan pasif. *Jurnal Abdimasa Kesehatan (JAK)*, 3(3), 255–260. https://www.researchgate.net/publication/356408959_Pendidikan_Kesehatan_Latihan_Range_Of_Motion_Aktif_dan_Pasif?utm_source
- Rohmah, N. (2018). *Diagnosis dan Tindakan Keperawatan pada Kasus Orthopedi dan Traumatologi Berbasis Nursing Intervention Classification*. LPPM Universitas Muhammadiyah Jember.
- Rumapea, N. L. B., & Barus, N. (2024). Pendekatan Sosialisasi dan Keperawatan pada Pasien Gangguan Integritas Kulit di Rumah Sakit Advent Medan. *Arus Jurnal Sosial Dan Humaniora (AJSH)*, 4(2), 1108–1114. <https://jurnal.ardenjaya.com/index.php/ajsh>
- Sagala, I., & Limbong, M. (2024). Implementasi terapi musik terhadap nyeri pada pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal pasca operasi fraktur nasal sinistra di rumah sakit swasta X Medan. *Jurkessutra: Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*, 1(1), 336–340. <https://jurnal.suryanusantara.ac.id/index.php/jurkessutra/article/view/166>
- Salma, A. F. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. “K” dengan Pre dan Post Remove of Inplate Distal Radius Sinistra di Ruang Gatotkaca RSUD Panembahan Senopati Bantul* [Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Notokusumo Yogyakarta]. <http://eprints.stikes-notokusumo.ac.id/779/>
- Saputra, M. K. F., Rahmi, R. A. S., Fadillah, S., Habibi, Fazarudin, Alfiani, D. R., Rahmi, N., Adji, T. P., Utama, S. D., Monica, R. D., & Sinulingga, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Luka* (D. A. W. S.

- Ningsih (ed.)). CV. Gita Lentera.
https://www.researchgate.net/publication/383497526_ASUHAN_KEPERAWATAN_PADA_PASIEN_DENGAN_LUKA
- Silva Moreira, A., & Perugino, M. (2023). Fracture of the distal radius and its surgical management compared to conservative treatment: Systematic review. *AG Salud*, 1, 82. <https://doi.org/10.62486/agsalud202382>
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA NIC & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Susilawati, dkk. (2024). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah II. In *Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru*. Mahakarya Citra Utama.
<https://books.google.co.id/books?id=dAsgEQAAQBAJ>
- Syahidah, N. (2020). *Range of Motion (ROM)*. DIII Keperawatan Kendal.
https://anyflip.com/czqlk/cwkw/basic?utm_source
- Terisno, C. N., & Lumbantobing, L. A. (2025). Hubungan antara status gizi berdasarkan indeks massa tubuh dengan kejadian fraktur proksimal femur pada pasien lansia di Rumah Sakit Sumber Waras pada tahun 2016–2022.
- Tribrata News Polda Jabar. (2024). Data Kecelakaan Lalu Lintas Polda Jawa Barat Tahun 2024. In *Tribrata News Polda Jabar*.
<https://tribratanews.jabar.polri.go.id/polda-jabar-sukses-turunkan-angka-kecelakaan-lalu-lintas-di-tahun-2024/>
- Walker, J. (2023). Assessment and management of fractures. *British Journal of Community Nursing*, 28(7), 352–358.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.7.352>
- Wulan, F. W., Rilawati, F. D., Astuti, L. W., & Nisa, H. C. (2024). Studi efektivitas obat analgesik pada pasien rawat inap close fraktur menggunakan metode visual analog scale di RSUD Gambiran Kota Kediri. *Sains Indonesiana: Jurnal Ilmiah Nusantara*, 2(3).
<https://sainsindonesiana.id/index.php/sainsindonesiana/article/download/70/55/188>
- Yuan, W., Chua, T. J., & Kwek, E. (2022). Is Elective Implant Removal after Fracture Healing Beneficial? – A Prospective Cohort Study. *Malaysian Orthopaedic Journal*, 16(3), 55–60. <https://doi.org/10.5704/moj.2211.010>
- Yulianita, H., Sugiharto, F., Fitria, N., Setyorini, D., Pratama, A., Aviera, B., Aulya, D., Yani, F., Saulikha, M., Fauziah, O., Retno, S., Jessi, G., Nurhayati, N., Marianthi, D., Desiana, D., & Maulita, R. (2023). Pengaruh Range of Motion terhadap Peningkatan Kemampuan Activity Daily Living pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah: Narrative Review. *Malahayati Nursing Journal*, 5(11), 3739–3751.

<https://doi.org/10.33024/mnj.v5i>

Zefrianto, D., Sari, S. A., & Inayati, A. (2024). Penerapan Relaksasi Benson terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur di Ruang Bedah Khusus RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2023. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(2), 218–219.

<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/download/583/388>

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN POST OPERASI *REMOVE OF IMPLATE* (ROI)

A. Pengantar

- Pokok Bahasan : Perawatan Post Operasi *Remove Of Implate*
- Sub Pokok Bahasan : Range Of Montion (ROM) dan Perawatan Luka Post Operasi *Removal Of Implante* (ROI)
- Hari, Tanggal : Rabu, 23 April 2025
- Waktu : 30 menit
- Sasaran : Pasien dan Keluarga Pasien di Ruang Rawat Inap
- Pemateri : Uly Ma'rifah

B. Latar Belakang

Pasien post operasi berisiko mengalami komplikasi akibat imobilisasi dan perawatan luka yang kurang tepat. Range Of Montion (ROM) sangat penting untuk mencegah kekakuan sendi dan mempercepat pemulihan fungsi gerak, sementara perawatan luka yang benar dapat mencegah infeksi dan mempercepat dalam proses penyembuhan. Maka dari itu, edukasi terpadu kepada pasien dan keluarga sangat diperlukan agar pasien dapat pulih optimal dan terhindar dari komplikasi.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, sasaran diharapkan mampu memahami dan mempraktikkan latihan ROM serta perawatan luka post operasi secara mandiri dan tepat guna mencegah terjadinya komplikasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan pengertian ROM dan perawatan luka post operasi.
- b. Mampu menyebutkan tujuan ROM dan perawatan luka post operasi.
- c. Mampu mengetahui waktu, frekuensi dan kontraindikasi dari latihan gerakan ROM.
- d. Mampu mengetahui menguraikan langkah-langkah perawatan luka post operasi.
- e. Mampu mengetahui tanda-tanda infeksi luka post operasi.
- f. Mampu mempraktikkan gerakan ROM serta perawatan luka yang benar.

D. Metode

1. Ceramah/presentasi
2. Demonstrasi langsung
3. Tanya jawab

E. Media

1. Leaflet
2. Peralatan perawatan luka

F. Pokok Materi Penyuluhan

1. Range Of Motion (ROM)
 - a. Pengertian ROM
 - b. Tujuan latihan ROM
 - c. Waktu dan Frekuensi latihan ROM
 - d. Kontraindikasi latihan ROM (latihan tidak boleh dilakukan)
 - e. Tahapan gerakan ROM
 - f. Tips aman latihan ROM
2. Perawatan Luka Post Operasi
 - a. Pengertian luka jahitan
 - b. Tujuan perawatan luka
 - c. Langkah-langkah perawatan luka
 - d. Tanda-tanda infeksi
 - e. Kapan harus kembali ke dokter
 - f. Tanda luka jahitan mulai mengering
 - g. Tips tambahan untuk mempercepat penyembuhan luka

No	Tahap	Penyuluhan	Respon Peserta
1	Pembukaan (5 menit)	a. Memberi salam b. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan manfaat	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan

2	Penyajian materi (20 menit)	a. Range Of Motion (ROM) – Pengertian ROM – Tujuan latihan ROM – Waktu dan Frekuensi latihan ROM – Kontraindikasi latihan ROM (latihan tidak boleh dilakukan) – Tahapan gerakan ROM – Tips aman latihan ROM b. Perawatan Luka Post Operasi – Pengertian luka jahitan – Tujuan perawatan luka – Langkah-langkah perawatan luka – Tanda-tanda infeksi – Kapan harus kembali ke dokter – Tanda luka jahitan mulai mengering – Tips tambahan untuk	Menyimak dan mendengarkan dengan baik dan dapat mengajukan pertanyaan
---	-----------------------------	---	---

		mempercepat penyembuhan luka	
3	Penutup (5 menit)	a. Menyimpulkan materi yang sudah disampaikan b. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	a. Mendengarkan dan menyimak b. Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi structural

Sasaran tersedia untuk dilaksanakan penyuluhan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan.

2. Evaluasi proses

- a. Sasaran antusias terhadap materi penyuluhan.
- b. Tidak ada sasaran yang meninggalkan tempat penyuluhan sampai acara penyuluhan berakhir.
- c. Melaksanakan penyuluhan sesuai yang direncanakan.

3. Evaluasi akhir

- a. Antusias dan memahami materi yang disampaikan.
- b. Dapat mempraktikkan gerakan latih ROM dan perawatan luka.

H. Lampiran Materi

1. Range Of Motion (ROM)

a. Pengertian

Mobilisasi Range of Motion (ROM) adalah latihan gerakan sendi yang dilakukan untuk menggerakkan sendi tanpa atau dengan

bantuan, baik oleh tenaga medis maupun alat bantu. Latihan ini dapat berupa gerakan pasif, aktif-asistif, atau aktif.

b. Tujuan

- 1) Mencegah kekakuan otot dan sendi
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah
- 3) Mengurangi pembengkakan dan nyeri
- 4) Menjaga kelenturan otot dan ligament
- 5) Mempercepat pemulihan fungsi gerak
- 6) Meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup pasien.

c. Kapan latihan ini dilakukan?

Latihan ROM biasanya dimulai 1–3 hari pascaoperasi, tergantung dari kondisi luka, jenis operasi, dan saran dokter. Frekuensi: 2–3 kali sehari dengan durasi sekitar 15–20 menit, secara bertahap ditingkatkan.

d. Kontraindikasi

Latihan ROM sebaiknya ditunda atau tidak dilakukan apabila:

- 1) Luka operasi masih berdarah atau infeksi
- 2) Timbul nyeri berat saat digerakkan
- 3) Terdapat pembengkakan berat atau demam
- 4) Sendi belum stabil atau ada kontraindikasi medis (Rino & Al Fajri, 2021).

e. Tahapan gerakan latihan ROM

- 1) Leher (cervical)

- a) Flexion: Tundukan kepala
- b) Extension: Dongakan kepala ke belakang
- c) Rotasi: Gerakan kepala ke kiri dan ke kanan
- d) Laterasi: Miringkan kepala ke bahu kanan dan kiri.

2) Bahu (shoulder)

- a) Flexion dan Extension: Angkat dan turunkan lengan lurus ke atas
- b) Abduksi dan Adduksi: Gerakan lengan kesamping dan kembali ke tubuh
- c) Rotasi Eksternal dan Internal: Putar lengan ke arah luar dan dalam.

3) Siku (elbow)

- a) Flexion dan Extension: Tekuk siku dan luruskan kembali

4) Pergelangan tangan (wrist)

- a) Flexion dan Extension
- b) Radial Deviation dan Ulnar Deviation: Miring kanan dan kiri
- c) Rotasi: Pronasi dan Supinasi

5) Jari Tangan

- a) Flexion dan Extension
- b) Abduksi dan Adduksi

6) Pinggul (hip)

- a) Flexion dan Extension: Angkat dan luruskan kaki

- b) Abduksi dan Adduksi
 - c) Rotasi Internal dan External
- 7) Lutut (knee)
 - a) Flexion dan Extension
- 8) Pergelangan Kaki (ankle)
 - a) Dorsiflexion dan Plantarflexion: Tekuk keatas dan kebawah
 - b) Inversi dan Eversi: Gerakan telapak kaki kedalam dan luar)
- 9) Jari kaki
 - a) Flexion dan Extension
 - b) Abduksi dan Adduksi
- f. Tips aman latihan ROM
 - 1) Gunakan pakaian yang longgar
 - 2) Minum cukup air sebelum dan sesudah latihan
 - 3) Istirahat cukup
 - 4) Jangan memaksakan gerakan jika terasa nyeri
 - 5) Konsultasi rutin dengan dokter atau fisioterapi (Syahidah, 2020).

2. Perawatan Luka Post Operasi

a. Pengertian luka

Luka adalah kerusakan pada kulit dan jaringan tubuh akibat cedera, pembedahan atau kondisi medis tertentu. Luka perlu dirawat dengan baik untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan.

b. Tujuan

- 1) Menjaga kebersihan luka
- 2) Mencegah infeksi
- 3) Mempercepat penyembuhan
- 4) Mengurangi risiko terbukanya luka jahitan (Saputra *et al.*, 2024).

c. Langkah-langkah

1) Cuci Tangan

Sebelum dan sesudah merawat luka, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau gunakan hand sanitizer berbasis alkohol.

2) Periksa Luka

Amati setiap hari apakah terdapat kemerahan pembengkakan, nanah, atau bau tidak sedap.

3) Ganti Balutan Luka

- a) Gunakan alat dan bahan steril (kasa, plester, NaCl 0,9%)
- b) Ganti balutan setiap hari atau sesuai instruksi medis
- c) Hindari penggunaan kapas langsung pada luka karena dapat meninggalkan serat.

4) Jaga Luka Tetap Kering

- a) Lindungi luka saat mandi (gunakan plastik atau pelindung luka).
- b) Jangan menggosok area luka.

5) Jangan Digaruk

Rasa gatal saat luka mengering adalah wajar, namun jangan digaruk agar tidak terbuka kembali atau terinfeksi.

d. Tanda-tanda Infeksi

- 1) Kemerahan menyebar
- 2) Rasa nyeri yang bertambah
- 3) Luka mengeluarkan cairan kuning/hijau atau berbau
- 4) Demam
- 5) Jahitan tampak lepas atau terbuka.

Jika mengalami tanda-tanda tersebut, segera konsultasikan ke dokter atau fasilitas kesehatan.

e. Kapan harus kembali ke dokter?

- 1) Untuk kontrol rutin sesuai jadwal
- 2) Untuk melepas jahitan (biasanya setelah 7-14 hari, tergantung kondisi)
- 3) Jika ada tanda infeksi atau keluhan lainnya (Making *et al.*, 2022).

f. Ciri-ciri luka jahitan mulai mengering

- 1) Luka tampak kering tidak ada cairan
- 2) Warna kulit sekitar memudar (tidak merah)
- 3) Nyeri berkurang
- 4) Muncul rasa gatal ringan
- 5) Tidak ada bengkak, nanah atau bau

- 6) Luka mulai membentuk jaringan parut.
- g. Tips tambahan untuk mempercepat penyembuhan luka
 - 1) Konsumsi makanan bergizi tinggi (protein, vitamin C dan zinc)
 - 2) Hindari aktivitas berat yang memberi tekanan pada area bekas operasi
 - 3) Ikuti semua anjuran dokter dan jangan lepas balutan tanpa intruksi dari tenaga medis (Prajayanti et al., 2024).

I. Referensi

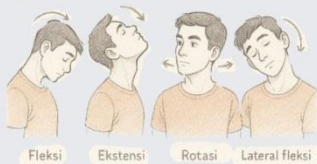
- Making, M. A., Gultom, A. B., Rosaulina, M., Toru, V., Banase, E. F. T., To'o Jala Mulu, S., & Setyawan, A. (2022). *Perawatan Luka dan Terapi Komplementer*. Media Sains Indonesia.
- Prajayanti, E. D., Primaratri, S., Putri, A. H., Utami, D. F. E., Putri, D. A., Ardani, D. M., & Nugroho, C. A. (2024). Peran nutrisi dalam proses penyembuhan luka di Bangsal Kultura RS Universitas Sebelas Maret. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 2(10), 174–179.
- Rino, M., & Al Fajri, J. (2021). Pendidikan kesehatan latihan Range of Motion aktif dan pasif. *Jurnal Abdimasa Kesehatan (JAK)*, 3(3), 255–260.
- Saputra, M. K. F., Rahmi, R. A. S., Fadillah, S., Habibi, Fazarudin, Alfiani, D. R., Rahmi, N., Adji, T. P., Utama, S. D., Monica, R. D., & Sinulingga, E. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Luka* (D. A. W. S. Ningsih (ed.)). CV. Gita Lentera
- Syahidah, N. (2020). *Range of Motion (ROM)*. DIII Keperawatan Kendal.

Latihan Ini Tidak Boleh Dilakukan?

- » Bila luka operasi masih berdarah atau infeksi
- » Jika ada nyeri berat saat digerakkan
- » Jika ada pembengkakan berat atau demam
- » Bila sendi belum stabil (sesuai instruksi dokter)

Tahapan-tahapan Melakukan ROM

1 Leher (Cervical)



Apa Itu ROM?

Mobilisasi Range of Motion (ROM) adalah latihan gerakan sendi yang dilakukan untuk menggerakkan sendi tanpa atau dengan bantuan, baik oleh tenaga medis maupun alat bantu. Latihan ini dapat berupa gerakan pasif, aktif-asistif, atau aktif.

Tujuan

- ✓ Mencegah kekakuan otot dan sendi
- ✓ Meningkatkan sirkulasi darah
- ✓ Mengurangi pembengkakan dan nyeri
- ✓ Menjaga kelenturan otot dan ligamen
- ✓ Mempercepat pemulihan gerakan
- ✓ Meningkatkan kualitas hidup pasien

Kapan Latihan Dilakukan?

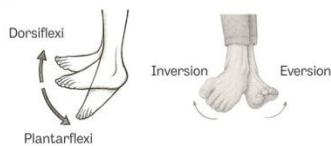
Latihan ROM umumnya dilakukan 1-3 hari setelah operasi, tergantung kondisi luka dan saran dokter. Latihan dilakukan secara perlahan dan rutin, biasanya 2-3 kali sehari.



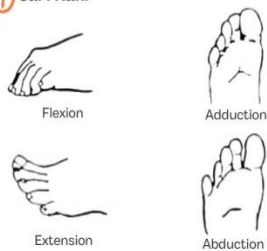
Range Of Montion (ROM)

PADA PASIEN POST OPERASI

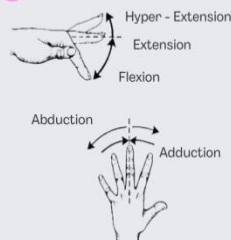
8 Pergelangan Kaki (Ankle)



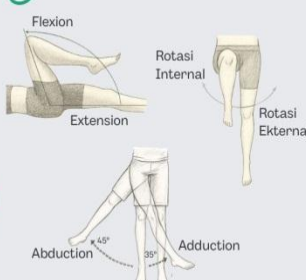
9 Jari Kaki



5 Jari Tangan



6 Pinggul (Hip)



7 Lutut (Knee)



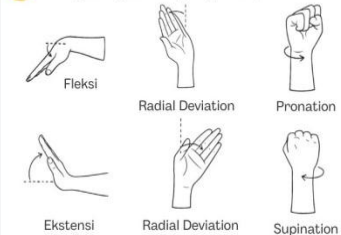
2 Bahu (Shoulder)



3 Siku (Elbow)



4 Pergelangan Tangan (Wrist)



Tips Untuk Pasien

- Gunakan pakaian yang longgar
- Minum cukup air sebelum dan sesudah latihan
- Istirahat cukup
- Jangan memaksakan gerakan jika terasa nyeri
- Konsultasi rutin dengan dokter atau fisioterapis

3. Ganti Balutan Luka
- » Gunakan peralatan steril (kasa, plester, cairan NaCl).
 - » Ganti balutan setiap hari atau sesuai instruksi tenaga medis. Jangan gunakan kapas langsung pada luka.

4. Jaga Luka Tetap Kering

- » Hindari luka terkena air saat mandi. Gunakan pelindung jika perlu.
- » Jangan menggosok area luka.

5. Jangan Digaruk

Luka yang mengering bisa terasa gatal. Jangan digaruk agar tidak terbuka kembali.

WASPADAI TANDA-TANDA INFEKSI

- » Kemerahan menyebar di sekitar luka
- » Luka terasa semakin nyeri
- » Keluar cairan berwarna kuning/hijau atau berbau
- » Demam
- » Jahitan terlihat lepas atau terbuka

Jika mengalami hal di atas, segera konsultasi ke dokter atau fasilitas kesehatan terdekat.

Apa Itu Luka?

Luka adalah kerusakan pada kulit dan jaringan tubuh akibat cedera, pembedahan, atau kondisi medis tertentu. Luka perlu dirawat dengan baik untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan.

TUJUAN PERAWATAN LUKA

- 1 Menjaga kebersihan luka
- 2 Mencegah infeksi
- 3 Mempercepat penyembuhan
- 4 Mengurangi risiko terbukanya luka jahitan

LANGKAH-LANGKAH PERAWATAN LUKA

1. Cuci Tangan
Gunakan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah merawat luka.
2. Periksa Luka
Perhatikan apakah ada kemerahan, bengkak, nanah, atau bau tak sedap.

STIKes Karsa Husada Garut

PERAWATAN LUKA



Kapan Harus Kembali ke Dokter?

Untuk kontrol rutin sesuai jadwal

Untuk melepas jahitan (biasanya setelah 7–14 hari, tergantung kondisi)

Jika ada tanda infeksi atau keluhan lainnya

CIRI-CIRI LUKA JAHITAN MULAI MENGENRING



- » Luka tampak kering, tidak ada cairan.
- » Warna kulit sekitar memudar (tidak merah).
- » Nyeri berkurang.
- » Muncul rasa gatal ringan.
- » Tidak ada bengkak, nanah, atau bau.
- » Luka mulai membentuk jaringan parut.

Tips Tambahan

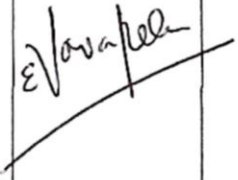
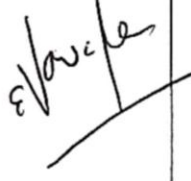
- ✓ Konsumsi makanan bergizi tinggi (protein, vitamin C, dan zinc) untuk mempercepat penyembuhan luka.
- ✓ Hindari aktivitas berat yang memberi tekanan pada area bekas operasi.
- ✓ Ikuti semua anjuran dokter dan jangan lepas balutan tanpa instruksi.



FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama : Uly Ma'rifah
 NIM : KHGA22073
 Pembimbing : Eldessa Vava Rilla, Kep., Ners., M. Kep
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. U dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implanter (ROI) Close Fraktur Distal Radius Sinistra* di Ruang Bougenville RS Guntur

No	Hari/ Tanggal	Materi yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	2/ Juni		Diskusi KTI		
2	3/ Juni	Bab I	-Pemeriksaan Bab I - Dampak		
3	4/ Juni	Bab I	- Pemeriksaan - Bab II		

No	Hari/ Tanggal	Materi yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
4	11 Juni/ 2025	Bab II	- Revisi Bab II - Susun Bab III		
5	17/ Juni-25	Bab III	- Revisi Bab III - Susun Bab IV		
6	23/ -2025 Juni	Bab III IV	- Revisi bab III, IV - Draft lengkap. Susun		
7	26/ Juni, 2025	Draft KTI lengkap	- ACC Sidang KTI - PPT		

No	Hari/ Tanggal	Materi yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
8.			bpt drap luncur persiapan sidang.		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Uly Ma'rifah
NIM : KHGA22073
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 28 April 2003
Agama : Islam
Alamat : Kp. Samanggen RT07/RW04 Des.
Wanasari Kec. Wanaraja Kab. Garut
Email : umarifah228@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Wanasari 02 Tahun 2011 - 2016
2. SMPN 1 Wanaraja Tahun 2016 - 2018
3. SMKN 4 Garut Tahun 2018 – 2021
4. Mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022 - Sekarang