

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN GANGGUAN
SISTEM MUSKULOSKELETAL: POST *REMOVAL OF
IMPLANTE (ROI) CLOSE FRACTURE RADIUS ULNA
DEXTRA* DI RUANG BOUGENVILLE
RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun oleh:
KARINA SUKMAWATI
KHGA.22071



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN
GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL:
*POST REMOVAL OF IMPLANTE (ROI) CLOSE
FRACTURE RADIUS ULNA DEXTRA* DI RUANG
BOUGENVILLE RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN GARUT

NAMA : KARINA SUKMAWATI

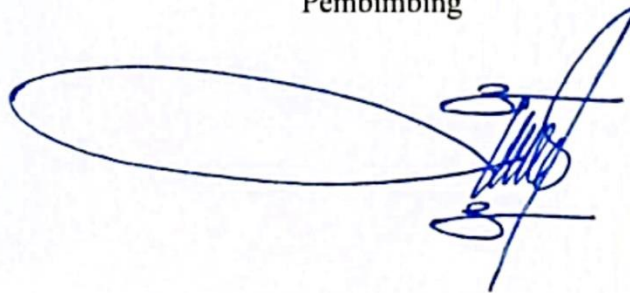
NIM : KHGA22071

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN
GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL:
*POST REMOVAL OF IMPLANTE (ROI) CLOSE
FRACTURE RADIUS ULNA DEXTRA* DI RUANG
BOUGENVILLE RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN GARUT

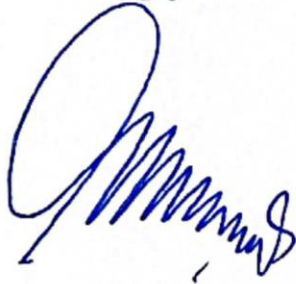
NAMA : KARINA SUKMAWATI

NIM : KHGA22071

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

Penguji II



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,

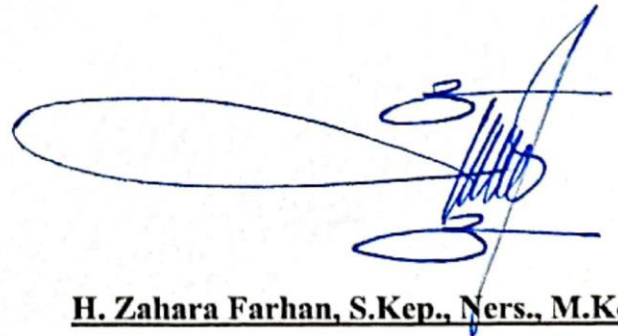
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.R DENGAN GANGGUAN SISTEM
MUSKULOSKELETAL: POST *REMOVAL OF IMPLANTE (ROI)*
CLOSE FRACTURE RADIUS ULNA DEXTRA DI RUANG
BOUGENVILLE RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN GARUT**

**Oleh: Karina Sukmawati
NIM.KHGA22071**

IV Bab, 104 Halaman, 9 Tabel, 4 Lampiran

Fraktur merupakan cedera pada tulang akibat trauma atau kondisi patologis yang sering memerlukan tindakan pembedahan dengan pemasangan implant. Setelah proses penyembuhan tulang, dilakukan prosedur *Removal of Implante* untuk mencegah komplikasi seperti iritasi jaringan lunak atau infeksi kronis. Prosedur ini dapat menimbulkan masalah keperawatan, sehingga peran perawat sangat penting dalam pemulihan melalui asuhan keperawatan secara menyeluruh untuk mencegah komplikasi dan mempercepat pemulihan. Karya tulis ini disusun bertujuan untuk mendapatkan pengalaman nyata dalam proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Tn.R dengan gangguan sistem muskuloskeletal pasca *Removal of Implante* melalui pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn.R meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit dan jaringan serta risiko infeksi. Fokus tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, latihan rentang gerak, perawatan luka secara berkala, dan memonitor tanda gejala infeksi luka. Hasil evaluasi proses asuhan keperawatan pada Tn.R menunjukkan bahwa dua masalah keperawatan teratasi, dan sdua masalah teratasi sebagian. Teratasinya masalah keperawatan ini didukung oleh tindakan perawat yang disesuaikan dengan kebutuhan klien, serta adanya dukungan keluarga dan partisipasi aktif klien. Penulis menyarankan agar perawat meningkatkan hubungan terapeutik dengan melibatkan klien dan keluarga dalam proses pemulihan.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Fraktur, *Removal of Implante*
Daftar Pustaka : 25 Buah (2015-2025) (Buku dan Jurnal)

ABSTRACT

NURSING ASSISTANCE FOR Mr. R WITH MUSCULOSKELETAL SYSTEM DISORDERS: POST REMOVAL OF IMPLANT (ROI) CLOSE FRACTURE OF RADIUS ULNA DEXTRA IN ROOMBOUGENVILLE HOSPITAL GUNTUR GARUT DISTRICT

*By: Karina Sukmawati
NIM.KHGA22071*

IV Chapter, 104 Pages, 9 Tables, 4 Attachments

Fractures are injuries to the bones due to trauma or pathological conditions that often require surgery with implant placement. After the bone healing process, the Removal of Implant procedure is performed to prevent complications such as soft tissue irritation or chronic infections. This procedure can cause nursing problems, so the role of the nurse is critical in recovery through comprehensive nursing care to prevent complications and speed up recovery. This paper is prepared with the aim of gaining real experience in the nursing care process directly and comprehensively for Mr. R with musculoskeletal system disorders after Removal of Implants through a nursing process approach that includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The method used is descriptive in the form of a case study. Nursing problems that arise in Mr. R include acute pain, physical mobility disorders, skin and tissue integrity disorders and the risk of infection. The focus of nursing actions carried out is pain management, range of motion exercises, regular wound care, and monitoring the signs of wound infection symptoms. The results of the evaluation of the nursing care process for Mr. R showed that two nursing problems were resolved, and both problems were partially resolved. The resolution of this nursing problem is supported by the actions of the nurse that is tailored to the client's needs, as well as the presence of family support and the active participation of the client. The authors suggest that nurses improve therapeutic relationships by involving clients and families in the recovery process.

*Keywords : Nursing care, Fracture, Removal of Implants
Bibliography : 25 Pieces (2015-2025) (Books and Journals)*

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT., yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam selalu terlimpah curahkan kepada jungjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga pada kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut” dengan tepat waktu.

Karya tulis ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menempuh program pendidikan Diploma Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Selama penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, saran serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut dan selaku penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini

4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M. Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan banyak waktu untuk senantiasa memberikan bimbingan, saran, dan motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
6. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini
7. Seluruh Dosen dan Staff DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu pengetahuan serta keterampilan yang berharga selama penulis menjalani masa pendidikan.
8. Ibu Ajeng Sri, S.Kep., Ners, selaku Pembimbing di Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada klien Tn. R dan keluarga yang telah bersikap kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama pelaksanaan asuhan keperawatan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
10. Kepada orang tua tersayang, Ibu Entat dan Bapak Iwan Sukmawan terima kasih sebesar-besarnya atas segala pengorbanan yang telah kalian berikan demi perjalanan masa depan penulis. Meskipun ibu dan papa tidak sempat

merasakan pendidikan dibangku perkuliahan, namun selalu dengan senantiasa memberikan yang terbaik tanpa kenal lelah mendoakan, mengusahakan, memberikan dukungan baik secara moral maupun materiil. Tanpa bimbingan, pengorbanan, dan motivasi dari kalian, penulis tidak mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Dengan adanya karya tulis ilmiah ini, penulis berharap dapat memberikan kebanggaan kepada ibu dan papa sebagai bentuk apresiasi atas dukungan kalian selama ini, serta sebagai bukti keberhasilan salah satu anaknya dalam menyelesaikan pendidikan tinggi ini.

11. Kepada kakak dan adik tercinta, Riyan Candika dan Jastika Sukma yang selalu menjadi sumber motivasi bagi penulis untuk terus belajar dan berusaha menjadi sosok adik dan kakak yang dapat memberikan pengaruh positif, baik dalam bidang akademik maupun non akademik.
12. Kepada teman seperjuangan yaitu Nisa Fauziyyah, Uly Ma'rifah, Pepi Pauziah, Afifah Alawiyah, Aulia Putrisari, dan Raisa Ulfadilah. Terima kasih sudah menjadi rumah yang hangat dan menyenangkan serta selalu menerima segala kekurangan dan kelebihan diantara kita. Suka dan duka telah kita lalui bersama dalam proses kehidupan ini. Semua hal yang kita lalui bersama akan menjadi cerita di kehidupan kita selanjutnya. Penulis berharap kita semua selalu bahagia dan terus menjaga kebersamaan selamanya.
13. Kepada teman-teman Mahasiswa/i angkatan XXIX program studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, khususnya kelas 3B yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih atas kebersamaan selama

menjalani perkuliahan ini. Banyak cerita suka dan duka yang telah kita lalui bersama yang akan menjadi kenangan indah dan tidak terlupakan.

14. Kepada Dias Nurul Mardiaty terima kasih sudah menjadi bagian dari salah satu proses penulis yang senantiasa mengorbankan waktunya untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Terima kasih juga kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak keterbatasan yang dimiliki, baik dari segi ilmu pengetahuan maupun kemampuan. Oleh karena itu, dalam penyusunan karya tulis ini masih terdapat kekurangan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga karya tulis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak.

Garut, Juli 2025



Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Penulisan.....	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	10
A. Konsep Dasar Fraktur.....	10
1. Pengertian	10
2. Etiologi.....	11
3. Patofisiologi.....	12
4. Manifestasi Klinis	15
5. Klasifikasi	16
6. Pemeriksaan Penunjang	18
7. Penatalaksanaan	19
8. Komplikasi.....	22
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	24
1. Pengkajian Keperawatan	24
2. Diagnosa Keperawatan	34
3. Perencanaan Keperawatan	35
4. Implementasi Keperawatan	41
5. Evaluasi Keperawatan	43

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	45
A. Tinjauan Kasus	45
1. Pengkajian Keperawatan	45
2. Diagnosa Keperawatan	62
3. Perencanaan Keperawatan	66
4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	71
5. Catatan Perkembangan	85
B. Pembahasan	87
1. Pengkajian Keperawatan	88
2. Diagnosa Keperawatan	92
3. Perencanaan Keperawatan	94
4. Implementasi Keperawatan	96
5. Evaluasi Keperawatan	99
BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI	103
A. Simpulan.....	103
B. Rekomendasi.....	105
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data	32
Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan.....	35
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	57
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	59
Tabel 3. 3 Program Terapi Obat	60
Tabel 3. 4 Analisa Data	60
Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan.....	66
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi.....	71
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I SAP Perawatan Pasca Operasi
- Lampiran II Leaflet Perawatan Pasca Operasi
- Lampiran III Lembar Bimbingan
- Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur atau dikenal juga dengan istilah patah tulang adalah terputusnya tulang baik seluruh atau sebagian tulang, yang biasanya disebabkan oleh trauma. Fraktur adalah suatu kondisi ketika terjadi pemutusan hubungan antar tulang. Patah tulang ekstremitas sering terjadi, yang biasanya disebabkan adanya trauma tulang langsung maupun tidak langsung (Issayyidah & Azmi, 2025). Selain itu, fraktur adalah keadaan dimana terjadi gangguan pada kontinuitas tulang yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti cedera, tekanan berlebih, atau gangguan patologisnya (Dewi et al., 2022).

World Health Organization (2022) dalam (Lidya, 2023:219), tahun 2022 mengungkapkan bahwa prevalensi fraktur di dunia yaitu 440 juta orang. Menurut Depkes (2023) dalam (Mardiana, 2024) jumlah kasus fraktur atau patah tulang di Indonesia tahun 2023 adalah 5,8%. Ini berarti sekitar 8 juta orang mengalami fraktur, dengan penyebab dan jenis fraktur di daerah ekstremitas atas 36,9% dan ekstremitas bawah 65,2%. Di Jawa Barat, tahun 2024 mencatat sebanyak 7.442 kasus kecelakaan lalu lintas penyebab fraktur dan mengalami penurunan sebesar 21% dibandingkan tahun sebelumnya yang mencapai 9.326 kasus. Meskipun jumlah kecelakaan berkurang, kecelakaan lalu lintas tetap menjadi penyebab utama

cedera ortopedi, seperti patah tulang, yang membutuhkan penanganan medis lebih lanjut (Polda, 2024).

Berdasarkan data angka kasus fraktur dari rekam medis di Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut periode tahun 2024 didapatkan jumlah angka kasus fraktur 255 kasus dengan menunjukkan 162 kasus pada laki-laki dan 93 kasus pada perempuan. Rentang usia yang paling banyak mengalami fraktur adalah usia 45-64 tahun sebanyak 77 kasus. Dari keseluruhan kasus fraktur tahun 2024, didapatkan jumlah angka kasus fraktur radius ulna sebanyak 16 kasus dengan kasus penyembuhan tulang fraktur radius ulna (*union radius ulna*) sebanyak 5 kasus. Sedangkan berdasarkan data angka kasus tahun 2025 periode bulan Januari 2025 sampai Mei 2025 didapatkan jumlah angka kasus fraktur sebanyak 136 kasus yang masih didominasi oleh laki-laki sebanyak 78 kasus dan perempuan 58 kasus dengan kelompok usia 45–64 tahun sebanyak 44 kasus. Periode tahun 2025 jumlah kasus fraktur radius ulna 6 kasus dan jumlah angka kasus penyembuhan tulang fraktur radius ulna (*union radius ulna*) sebanyak 1 kasus.

Penyebab fraktur terjadi akibat trauma atau cedera dan benturan keras. Beberapa penyebab lain antara lain kelemahan, terpeleset, dan usia. Fraktur diklasifikasikan berdasarkan penyebab eksternal meliputi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur terbuka merupakan fraktur yang merusak jaringan kulit dan karena adanya kontak dengan lingkungan luar yang berpotensi terjadinya infeksi. Sementara fraktur tertutup merupakan kondisi patah tulang yang tidak menimbulkan luka atau robekan pada kulit

dan tidak berhubungan dengan dunia luar. Fraktur mengacu pada gangguan yang umumnya terjadi karena pengerasan tulang. Ketika fraktur terjadi, jaringan didekatnya sering kali tidak berfungsi, sehingga memerlukan pembedahan (Zefrianto et al., 2024).

Penanganan fraktur dibagi menjadi dua kategori yaitu operatif dan konservatif. Tindakan operatif melibatkan irisan atau prosedur bedah pada tubuh, sementara tindakan konservatif bertujuan untuk memperbaikinya tanpa pembedahan. Pada tindakan operatif adalah dengan pemasangan *plate* untuk mempertahankan fragmen tulang sampai pelepasan kembali. Proses penyembuhan tulang pasca operasi pemasangan plate melibatkan beberapa langkah termasuk proses inflamasi, pembentukan kalus, dan remodeling tulang. Memastikan bahwa proses penyembuhan berjalan dengan baik dan dapat kembali beraktivitas, maka evaluasi berkala dan deteksi dini komplikasi menjadi sangat penting (Noviyani, 2023).

Setelah tulang sembuh, umumnya penanganan yang dilakukan adalah dengan pelepasan plate melalui *Removal Of Implants (ROI)* untuk menghindari komplikasi seperti infeksi, peradangan akibat kontak dengan jaringan lunak, gangguan pergerakan sendi, dan ketidaknyamanan. Gangguan sistem muskuloskeletal yang muncul selama pasca *Removal Of Implants (ROI)* meliputi nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, gangguan integritas kulit dan jaringan serta risiko infeksi yang umumnya membutuhkan perawatan dan intervensi keperawatan yang

tepat untuk meningkatkan hasil akhir dalam mencegah komplikasi yang lebih serius (Tarwono, 2020).

Menurut Gupta et al (2024) dalam jurnal *Indications, Outcomes, and Complications of Orthopaedic Implant Removal: a Prospective Observational Study*, mengemukakan bahwa pengangkatan plate merupakan prosedur yang sering dilakukan dalam praktik ortopedi modern, keputusan banyak dipengaruhi oleh gejala terutama nyeri dan ketidaknyamanan, kegagalan perangkat, infeksi, keinginan klien, serta kekhawatiran efek jangka panjang seperti stress shielding dan resorpsi tulang. Indikasi paling sering untuk pengangkatan plate adalah nyeri di lokasi implan (42% kasus) diikuti alasan elektif (36%) seperti permintaan klien atau pertimbangan *profilaksis*. Sebagian besar plate diangkat setelah 2 tahun pasca pemasangan, sesuai literatur yang merekomendasikan menunggu penyembuhan dan remodeling tulang yang lengkap sebelum pelepasan. Namun, waktu pengangkatan sangat bervariasi (kurang dari 1 tahun hingga lebih dari 15 tahun), tergantung kasus dan kebijakan.

Peran perawat dalam melakukan proses keperawatan pada klien dengan post *Removal Of Implants* adalah melakukan pemeriksaan menyeluruh terhadap kondisi klien yaitu pemeriksaan fisik, pengkajian tingkat nyeri, tanda-tanda vital, kondisi luka operasi, serta mobilitas fisik untuk mendeteksi adanya gangguan muskuloskeletal. Manajemen nyeri meliputi pemberian analgesik sesuai dengan anjuran dan perawatan non farmakologis untuk menurunkan rasa tidak nyaman atau nyeri pada klien.

Memberikan latihan mobilisasi dini secara sederhana dan bertahap untuk meningkatkan kemampuan kekuatan otot dan fungsi muskuloskeletal. Pemantauan luka operasi secara rutin untuk memastikan penyembuhan luka baik atau masalah jaringan disekitar area operasi dengan memberikan edukasi tentang perawatan luka, tanda-tanda komplikasi yang harus ditangani, penggunaan obat, dan pentingnya kepatuhan terhadap program rehabilitasi pada pasca operasi untuk proses penyembuhan yang optimal (Tarwono, 2020).

Kasus pelepasan *plate* setelah fraktur merupakan jenis penelitian yang jarang dibahas dalam kaitannya dengan penelitian keperawatan. Namun, literatur tentang proses asuhan keperawatan pada pasca operasi memerlukan pendekatan holistik untuk mengurangi komplikasi, meningkatkan fungsi tubuh, dan meningkatkan kepatuhan klien dalam perawatan jangka panjang. Sehingga pemberian asuhan keperawatan harus lebih efektif, efisien, dan fokus pada hasil pemulihan yang optimal setelah prosedur *Removal of Implante*.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post *Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan kompherensif dengan mencakup aspek bio-psiko-sosial dan spiritual menggunakan pendekatan proses keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan kompherensif yang meliputi:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan secara kompherensif pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon klien terhadap adanya gangguan pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

- c. Menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- e. Melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Karya tulis ilmiah ini teristematis dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis menggunakan teknik wawancara dalam mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien dengan proses tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang muncul pada klien. Proses ini sering disebut juga dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melaksanakan pengamatan secara langsung terhadap perilaku dan kondisi umum klien untuk mengumpulkan data subjektif terkait masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumentasi

Penulis melakukan pengkajian, pengumpulan dan analisis data dari kasus, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya untuk melengkapi data objektif yang dibutuhkan selama proses pemberian asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari berbagai literatur untuk memperoleh data dasar yang berkaitan dengan kasus yang ditemui klien yaitu *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra*.

5. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui keterlibatan aktif klien selama tahap pengkajian, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari empat buah bab dengan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan berupa terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan

Bab II Tinjauan Teoritis mengemukakan tentang konsep dasar penyakit dan pendekatan asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit meliputi

pengertian, anatomi/fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan komplikasi. Pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

Bab III Tinjauan meliputi tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta catatan perkembangan. Pembahasan memuat perbandingan antara teori yang ada dengan kondisi nyata di lapangan berdasarkan kasus yang ditelaah dan disajikan dalam bentuk ulasan naratif dari sudut pandang keperawatan.

Bab IV Simpulan dan rekomendasi berisi kesimpulan penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Pengertian

Fraktur adalah kerusakan pada kontinuitas tulang yang terjadi akibat tekanan dari luar yang melebihi kemampuan tulang untuk menahan beban tersebut (Asikin et al., 2016).

Fraktur adalah kondisi dimana kontinuitas tulang terganggu, baik secara keseluruhan maupun sebagian, yang ditentukan oleh jenis dan luas kerusakannya yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Suriya & Zuriati, 2019).

Fraktur adalah kondisi dimana tulang mengalami putus atau retak yang mengganggu kontinuitasnya yang disebabkan oleh trauma, tekanan berlebih, atau kelainan pada tulang seperti penyakit. Fraktur biasanya menimbulkan nyeri, pembengkakan, dan gangguan fungsi pada bagian tubuh yang terkena (Kawiyana et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa fraktur merupakan suatu kondisi tulang yang terputus sebagai akibat dari kerusakan jaringan tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma fisik atau kurangnya kekuatan yang menyebabkan tulang tidak dapat menahan beban yang ditimbulkan.

2. Etiologi

Menurut Price dan Wilson dalam (Suriya & Zuriati, 2019:5), etiologi fraktur terdapat 3, antara lain:

a. Cedera Traumatik

- 1) Cedera langsung adalah terjadi ketika tulang langsung terkena pukulan atau benturan. Cedera langsung biasanya dapat menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya seperti fraktur terbuka.
- 2) Cedera tidak langsung merupakan patah tulang yang terjadi jauh dari lokasi benturan. Bagian yang patah biasanya bagian yang paling lemah.
- 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi yang kuat dan mendadak dari otot yang kuat. Misalnya saat mengangkat beban berat secara tiba-tiba.

b. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit karena tulang yang sudah lemah sehingga trauma ringan maupun berat dapat menyebabkan fraktur, seperti:

- 1) Tumor tulang (jinak dan ganas), yaitu pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali dan progresi.
- 2) Infeksi seperti osteomielitis, dapat terjadi sebagai akibat dari infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang

progresif, lambat dan sakit nyeri. Infeksi ini menyerang tulang dan sumsum tulang.

- 3) Rakhitis merupakan penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D.

c. Fraktur beban

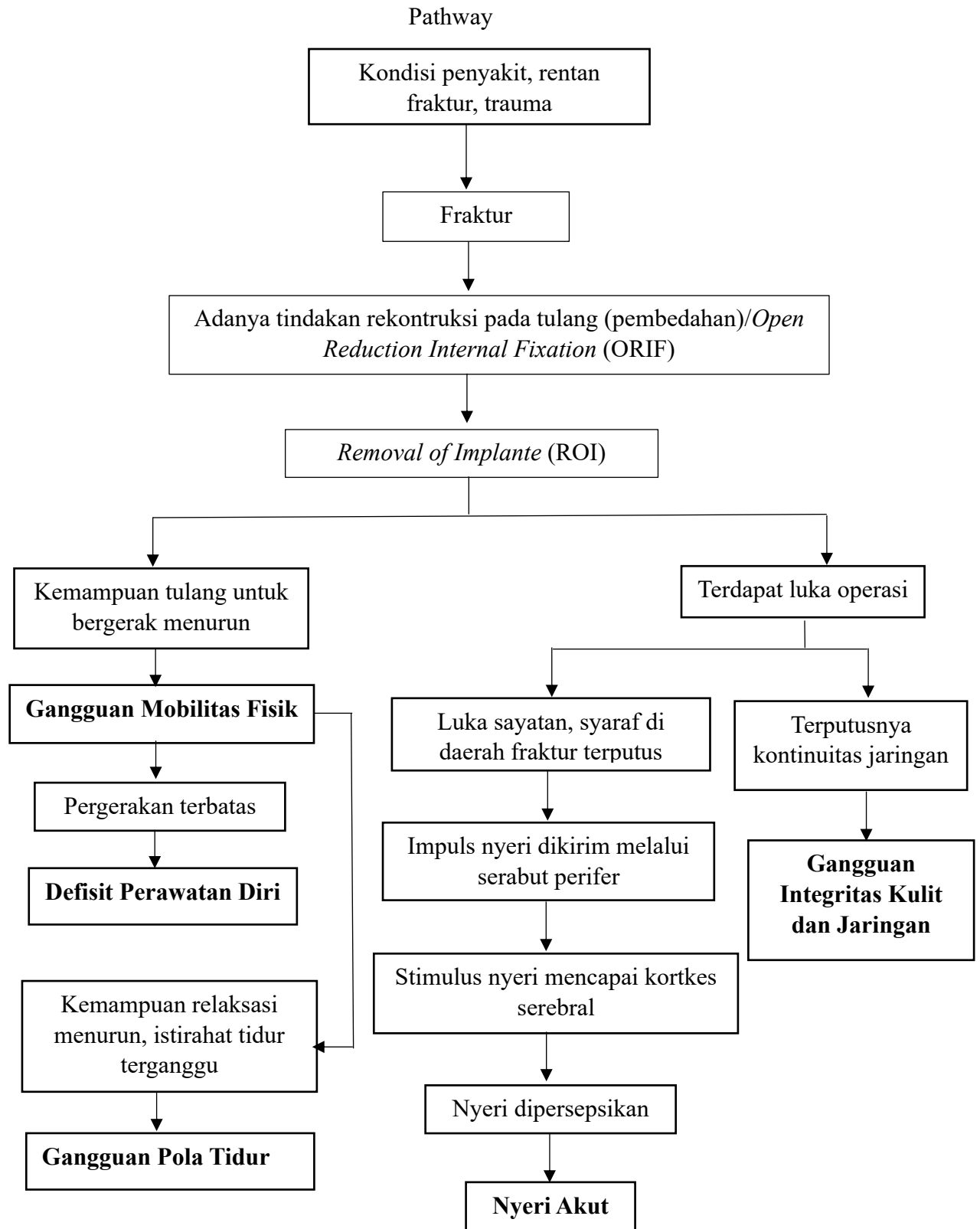
Stress tulang terjadi akibat tekanan terus-menerus atau penggunaan berlebihan seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran karena latihan beban yang berulang.

3. Patofisiologi

Menurut Asikin et al (2016), patofisiologi fraktur adalah bahwa fraktur terjadi akibat trauma atau kondisi patologis yang menimbulkan nyeri. Setelah fraktur, tubuh mulai memperbaiki diri melalui darah terkumpul di area fraktur membentuk hematoma. Sel darah putih dan fibrin masuk untuk membersihkan jaringan rusak dan memulai proses penyembuhan. Sel-sel dari tulang dan jaringan sekitarnya mulai membentuk tulang rawan (kalus) yang akan menjadi dasar tulang baru yaitu pembentukan jaringan baru. Sel-sel pembentuk tulang (osteoblas) dan penghancur tulang mati (osteoklas) bekerja sama membentuk tulang baru, meskipun masih lemah. Karena itu, pergerakan dibatasi selama beberapa minggu. Tulang yang mulai terbentuk diperkuat menjadi tulang sejati (lamellar) yang lebih kuat dan mampu menopang tubuh. Proses remodeling, tulang terus diperbaiki dan dibentuk ulang agar kembali ke bentuk dan kekuatan normal.

Setelah stabilisasi pertama selesai menggunakan prosedur pemasangan implan, implan dapat dimodifikasi menggunakan prosedur pengangkatan implan untuk mengatasi komplikasi jangka panjang. Proses pelepasan implant menyebabkan putusnya kontinuitas tulang dan merusak jaringan lunak sekitar. Trauma ini mengaktifkan reseptor nyeri dan memicu pelepasan mediator inflamasi. Mediator ini meningkatkan sensitivitas saraf, mengirimkan impuls nyeri ke otak melalui serabut saraf A-delta dan C, sehingga menimbulkan persepsi nyeri. Prosedur ini menambah trauma jaringan, memperparah nyeri, dan menyebabkan luka insisi pada kulit serta jaringan subkutan. Luka ini berisiko infeksi dan peradangan lokal yang dapat menghambat penyembuhan jika perfusi jaringan tidak adekuat (Katheline & Hidayat, 2018).

Fraktur menyebabkan instabilitas muskuloskeletal, nyeri, pembengkakan, dan keterbatasan gerak, sehingga sulit menggerakkan anggota tubuh yang cedera. Setelah prosedur ini, mobilitas seringkali semakin terganggu akibat nyeri dan fungsi yang terbatas. Gangguan mobilitas dan nyeri menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas. Hal ini menimbulkan ketergantungan dan penurunan kualitas hidup. Nyeri mengaktifkan sistem saraf simpatik, yang mengganggu relaksasi dan kualitas tidur. Posisi terbatas akibat gips dan kecemasan pasca operasi dapat memperburuk gangguan tidur (Aisyah & Fauzi, 2022).



Sumber: (Prabowo, 2015)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer & Bare (2012) dalam (Suriya & Zuriati, 2019) manifestasi klinis pada fraktur adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri saat menahan beban, rasa sakit muncul ketika bagian tubuh yang mengalami cedera digunakan untuk menopang beban tubuh, misalnya saat berdiri atau berjalan.
- b. Memar dan bengkak, terjadi perubahan warna pada kulit (memar) dan pembengkakan di area sekitar cedera.
- c. Nyeri saat disentuh, muncul ketika bagian yang cedera disentuh
- d. Nyeri yang terus berlanjut dan memburuk, rasa sakit tidak hilang dan bahkan makin parah, sering disertai dengan pembengkakan (edema), perdarahan di bawah kulit (hematoma), serta fragmen tulang yang tidak stabil atau tidak sejajar.
- e. Deformitas akibat pergeseran tulang yang patah, terjadi perubahan bentuk pada anggota tubuh karena ujung tulang yang patah bergeser dari posisi semula.
- f. Pemendekan tulang akibat tarikan otot, otot yang melekat di atas dan bawah area fraktur bisa menyebabkan tulang tampak lebih pendek karena tertarik ke arah patahan.
- g. Krepitasi akibat gesekan antar fragmen tulang, muncul suara gemeretak atau sensasi kasar saat bagian tubuh digerakkan, karena fragmen tulang yang patah saling bergesekan.

5. Klasifikasi

Menurut Asikin et al (2016), klasifikasi fraktur sangat bervariasi dibagi menjadi beberapa klasifikasi, antara lain:

a. Berdasarkan sifat fraktur (luka yang ditimbulkan)

1) Fraktur tertutup (closed)

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

- a) Tingkat 0: fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
- b) Tingkat 1: fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
- c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
- d) Tingkat 3: cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

2) Fraktur terbuka (Open/Compound)

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

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

- b) Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur kominitif sedang dan ada kontaminasi.
 - c) Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovascular.
 - d) Grade III ini dibagi lagi kedalam: III A: fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya. III B: fraktur grade III, hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuhkan kulit untuk penutup (skin graft). III C: fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki dan beresiko untuk dilakukannya amputasi.
- b. Berdasarkan komplrit atau tidak komplrit
- 1) Fraktur komplrit merupakan garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang
 - 2) Fraktur tidak komplrit bila garis patah tidak melalui seluruh garis penampang tulang
 - a) Hairline fracture adalah fraktur garis rambut dengan patah tulang tipis yang membentuk seperti rambut atau garis fraktur hamper tidak tampak sehingga tidak terdapat perubahan bentyk tulang
 - b) Buckle atau torus fracture, apabila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang spiongosia dibawahnya

- c) Greenstick fracture, mengenai satu korteksi dengan angulasi lainnya yang terjadi pada tulang panjang (Asikin et al., 2016)
- c. Berdasarkan bentuk garis patah
 - 1) Fraktur transversal, garis fraktur tegak lurus dengan sumbu panjang tulang
 - 2) Fraktur oblik, garis fraktur membentuk suatu sudut dari sumbu panjang tulang
- d. Berdasarkan bagian tulang yang mengalami fraktur

Sebatang tulang terbagi menjadi tiga bagian

 - 1) 1/3 Proksimal
 - 2) 1/3 medial
 - 3) 1/3 distal

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Suriya & Zuriati (2019), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Foto Radiologi

Untuk menentukan lokasi, ukuran, dan jenis struktur. Sinar-X memberikan gambaran struktur yang padat, seperti tulang. Rontgen dilakukan dengan menggunakan berbagai teknik yang berbeda untuk menemukan kerangka dan mengamati keselarasan tulang.

b. Pemeriksaan darah lengkap

Dapat meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan yang signifikan pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multipel). Peningkatan sel darah putih adalah respons stres yang khas terhadap trauma.

c. Arteriografi

Dilakukan apabila fraktur dengan risiko tinggi kerusakan vaskuler ditandai dengan adanya tanda klinis seperti kehilangan denyut nadi distal fraktur, hematoma yang membesar, kulit sianosis, perdarahan aktif pada fraktur terbuka.

d. Kreatinin

Trauma secara langsung meningkatkan beban ginjal klien. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi yang banyak, atau cedera hati.

e. Tomografi, CT/MRI, dan pemindaian tulang

Memeriksa struktur dan mengidentifikasi kelainan pada jaringan lunak tulang dan memperlihatkan fraktur lebih jelas.

7. Penatalaksanaan

Menurut Suriya & Zuriati (2019) dan Asikin et al (2016), berikut ini adalah contoh penatalaksanaan yang dapat dilakukan:

a. Reduksi Tertutup

Reduksi fraktur merupakan reduksi mengembalikan tulang dalam anatomi. Reduksi tertutup melibatkan manipulasi secara

manual dan menarik fragmen tulang ke posisinya. Mempertahankan ekstremitas dengan gips, traksi, penyangga, bidai dan fiksator eksternal.

b. Reduksi Terbuka

Pembedahan, pemasangan perangkat fiksasi internal seperti pen, kabel, sekrup, pelat, paku, dan batang logam.

1) *ORIF (Open Reduction and Internal Fixation)*

Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah jenis operasi yang melibatkan fiksasi internal untuk mengimobilisasi rangka dengan menggunakan metode yang melibatkan pemasangan pen, sekrup, dan paku di bagian bawah rangka, yang kemudian difiksasi secara bersamaan dalam memperbaiki fraktur.

2) *OREF (Open Reduction and External Fixation)*

Reduksi ini merupakan pembedahan lain dari pembedahan fraktur. Reduksi dilakukan dengan menggunakan fiksasi eksternal atau fiksasi dengan menggunakan *K-Wire* (kawat kirschner) seperti fiksasi luar dengan jenis yang lain salah satunya adalah dengan gips. Reduksi fraktur, atau pembentukan tulang adalah proses menganalisis tulang dalam anatomisnya.

c. *Removal Of Implants (ROI)*

Remove of Implants (ROI) adalah jenis operasi yang digunakan untuk pelepasan fiksasi internal yang terdiri dari plate dan skrew dan

disediakan untuk memfiksasi yang mengalami fraktur. Plate adalah alat medis yang digunakan untuk mencegah atau menyembuhkan tulang yang rusak. Secara umum, tujuan dari Oerthopedi adalah untuk mendukung proses pembuatan tulang atau penyambungan tulang. Oleh karena itu, setelah tujuan tersebut tercapai, dianjurkan untuk melepas inplate dari tubuh. Efek dari pelepasan inplate pada tulang adalah untuk membuat tulang yang elastis dan terbentuk kembali seperti semula.

d. Traksi

Traksi adalah teknik yang digunakan dengan beban atau alat lain untuk mengurangi kerusakan atau gangguan pada tulang dan otot. Tujuan dari traksi adalah untuk mengurangi fraktur otot, dislokasi, serta untuk memperbaiki kelainan bentuk dan mempercepat penyembuhan. Foto rontgen digunakan untuk memantau reduksi fraktur, saat tulang sembuh maka akan terlihat pembentukan kalus sehingga dapat melanjutkan imobilisasi dengan pemasangan bidai.

e. Imobilisasi dan Rehabilitasi

Imobilisasi dapat dilakukan dengan metode eksterna dan interna. Ketika imobilisasi dengan bantuan fiksasi dilakukan di luar tanpa reposisi, imobilisasi tetap perlu dilakukan untuk mencegah dislokasi fragmen. Ahli fisioterapi digunakan untuk membantu kembali pulih dengan menghindari atrofi dan kontraktur. Latihan

isometrik terhadap kekuatan otot diusahakan untuk meminimalkan *atrofe disuse syndrome* dan meningkatkan peredaran darah.

8. Komplikasi

Menurut Asikin et al (2016), menyatakan bahwa dua komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut:

a. Komplikasi Awal

1) Kerusakan Vaskular

Kerusakan arteri akibat trauma dapat diidentifikasi dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, sianosis distal, hematoma lebar dan dingin yang disebabkan oleh perubahan posisi sakit, reduksi, dan pembedahan.

2) Sindrom Kompartemen

Kondisi ini muncul ketika lengan atau tungkai yang terluka membengkak dan terbentuk tekanan pada otot. Jika tidak ditangani, sindrom kompartemen dapat menyebabkan kerusakan jaringan permanen dan kegagalan fungsi.

3) *Fat Embolism Syndrome*

Sindrom Emboli Lemak/ *Fat Embolism Syndrome* (FES) adalah suatu kondisi serius yang timbul pada kasus fraktur tulang rusuk. FES terjadi akibat lemak yang diproduksi oleh sumsum tulang kuning masuk ke dalam aliran darah dan menyebabkan peningkatan oksigen dalam darah yang rendah yang disertai

dengan gangguan pernapasan, takikardi, hipertensi, takipnea, dan demam.

4) Infeksi

Ketika terjadi trauma pada jaringan, sistem pertahanan tubuh akan rusak. Ketika cedera terjadi, dimulai dari permukaan lutut dan menyebar ke sisi lainnya. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tetapi bisa juga terjadi karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

5) Avaskuler Nekrosis

Iskemia Volkman adalah tanda pertama Nekrosis Avaskuler (AVN), yang disebabkan oleh aliran darah ke tulang yang rusak atau terganggu dan dapat mengakibatkan nekrosis tulang.

6) Syok

Syok terjadi karena banyak darah dan peningkatan permeabilitas kapiler, yang dapat menyebabkan oksigenasi. Hal ini biasanya terjadi pada fraktur.

b. Komplikasi Lama

1) Delayed Union

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Hal ini disebabkan oleh penurunan suplai darah ke tulang, kerusakan jaringan lunak yang berat, atau periosteum yang robek.

2) Non union

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan, jika tidak dilakukan intervensi. Non union ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk celah antar fraktur atau pseudoartrosis.

3) Mal-union

Mal-anion adalah penggabungan fragmen tulang dalam posisi yang tidak memuaskan (angulasi, rotasi, atau pemendekan). Pada mal-union dilakukan pembedahan dan remobilisasi yang baik.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Asikin et al (2016) dan (Andri J., Febriawati, H., Padila., J, H., & Susmita, 2015) pengkajian merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang menyeluruh tentang masalah klien agar dapat memberikan panduan mengenai tindakan keperawatan. Pada tahap ini, keberhasilan proses keperawatan sangat menentukan. Tahap ini terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

a. Anamnesa

1) Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, agama, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan tanggal masuk rumah sakit serta tanggal operasi dan tanggal pengkajian.

2) Keluhan Utama

Keluhan utamanya biasanya adalah rasa nyeri akut atau kronik. Selain itu, klien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan dengan menggunakan pengkajian PQRSST secara kompherensif

- a) Provoking atau paliatif inciden, apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) Quality of pain, seperti bagaimana rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) Region, radiation, relief merupakan dimana rasa nyeri terjadi, apakah rasa sakit dapat menurun dan apakah rasa sakit menjalar atau menyebar.
- d) Severity (scale) of pain, seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien

menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.

- e) Time, berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari seperti terus-menerus atau hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada klien fraktur atau patah tulang yang sudah dilakukan tindakan pembedahan dengan pelepasan pen biasanya adanya nyeri pada luka operasi, adanya keterbatasan dalam beraktivitas, dan adanya luka jahitan pada bagian operasi yang perlu dianalisa agar terhindar dari infeksi, serta biasanya adanya gangguan pola tidur karena nyeri yang muncul.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu pada pasien dengan post operasi pelepasan pen biasanya mengkaji berapa lama pemasangan pen dan keadaan tulang sudah menyambung atau belum serta kronologis terjadinya fraktur.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

6) Riwayat Psikososial

Biasanya mengenai informasi perihal perilaku, perasaan dan emosi yang klien sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit klien.

b. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Persepsi

Pada klien post operasi pelepasan pen biasanya klien menyadari bahwa operasi ini merupakan langkah lanjutan untuk pemulihan total dari fraktur sebelumnya. Adapun klien yang merasa cemas atau takut karena mengalami operasi kembali, meskipun tujuannya adalah untuk mengangkat alat yang sudah tidak dibutuhkan. Sebagian klien bisa merasa optimis karena ini menandai tahap akhir dari proses penyembuhan.

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pada klien dengan post operasi biasanya harus mengonsumsi makanan yang tinggi protein dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya seperti kalsium, zat besi, vitamin C, sayuran dan daging dalam membantu mempercepat proses penyembuhan luka.

3) Pola Eliminasi

Perlu dilakukan pengkajian pada frekuensi, konsistensi, warna, bau, kesulitan atau tidak. Hal yang perlu

dikaji dalam eliminasi berupa buang air besar dan buang air kecil karena biasanya klien dengan keluhan post operasi umumnya kesulitan dalam buang air kecil akibat mengalami retensi urine akibat efek anestesi spinal.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Pada klien dengan post operasi biasanya pola aktivitas klien adanya nyeri dan gerak yang terbatas, aktivitas klien menjadi berkurang dan butuh bantuan dari orang lain.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya mengalami nyeri dan gerakannya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien mulai dari lama tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur.

6) Pola Hubungan dan Peran

Biasanya klien dapat mengalami kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena harus menjalani perawatan di rumah sakit.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola ini berkaitan dengan bagaimana pasien melihat dirinya sendiri, baik secara fisik (tubuh), psikologis (harga diri), maupun sosial (peran dalam keluarga atau pekerjaan). Adanya bekas luka, rasa nyeri, dan keterbatasan gerak bisa

membuat pasien merasa berbeda dapat membuat kurang percaya diri, takut menjadi beban, atau khawatir tidak bisa bekerja atau beraktivitas normal. terkadang juga muncul perasaan malu atau menarik diri dari interaksi sosial.

8) Pola Seksualitas

Biasanya pada klien yang sudah menikah dapat membuat klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta keluhan nyeri yang dirasakan pada luka post operasi.

9) Pola Penanggulangan Stres

Perasaan cemas, takut, marah, apatis, faktor-faktor stress multiple seperti masalah finansial, hubungan, gaya hidup.

10) Pola Sensori dan Kognitif

Ketika klien mengalami fraktur, daya rabanya akan terpengaruh terutama pada fraktur distal, sedangkan indra yang lain tidak mengalami gangguan, meskipun kemampuan kognitifnya juga tidak mengalami gangguan.

11) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Klien tidak dapat melakukan badah dengan baik karena adanya rasa nyeri dan keterbatasan fisik yang dialami klien.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi keadaan klien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda- tanda vital. Tanda-tanda vital pada pasien dengan post operasi apabila tanda-tanda vital berada pada ambang batas normal, biasanya terjadi karena adanya nyeri hebat atau cemas.

2) Sistem Pernapasan

Biasanya sistem respirasi dalam keadaan normal dengan bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular, tidak terpasang alat bantu nafas O₂. Retraksi otot bantu nafas tidak ada, tidak ada nyeri tekan. Vocal fremitus sama antara kanan dan kiri. Susunan ruas tulang belakang normal, thorax didapatkan sonor, suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi.

3) Sistem Kardiovaskuler

Biasanya dalam keadaan normal dengan tidak ada cyanosis clubbing finger tidak ada, ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi meningkat atau tidak. CRT dapat kembali < 2 detik. Suara pekak, didapatkan bunyi irama regular. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung S₁ terdapat di ICS V garis

midclavicula kiri terdengar lub dan S2 terdapat di ICS 2 garis
sternalis kiri terdengar dub.

4) Sistem Pencernaan

Biasanya keadaan mulut bersih, mukosa lembab, kebiasaan bab pasien tidak ada masalah. Keadaan abdomen tegang atau tidak, turgor kulit kembali <2 detik. Suara timpani ada pantulan gelombang cairan dan peristaltik usus normal kurang lebih 15x/menit.

5) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya pada terjadi kemampuan pergerakan sendi dan tungkai terbatas, terdapat luka post op, terdapat pembengkakan atau tidak, terdapat perubahan warna pada lokasi luka post op atau tidak. Kelembaban kulit lembab, akral hangat, turgor kulit dapat kembali <2 detik atau menurun di sekitar fraktur, kekuatan otot tangan dan kaki klien maksimal atau tidak. Aktivitas klien biasanya dibantu oleh keluarga dan kekuatan otot klien menurun.

6) Sistem Integumen

Terdapat luka post operasi dengan berapa Panjang dan kondisi luka apakah adanya tanda-tanda infeksi yang muncul pada area luka.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pada klien dengan post operasi pelepasan pen biasanya dilakukan pemeriksaan radiologi yaitu rontgen pada bagian yang terpasang pen untuk diobservasi apakah tulang sudah menyambung dengan optimal sehingga perlu dilakukan tindakan selanjutnya yaitu tindakan pembedahan pelepasan pen.

e. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh nyeri b. Nyeri bertambah saat bergerak c. Nyeri terasa perih dan seperti tertusuk-tusuk DO: Biasanya: a. Terdapat luka operasi b. Klien tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah e. Peningkatan frekuensi tanda-tanda vital	Agen pencedera fisik tindakan pelepasan pen (<i>ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P) ↓ Diterima oleh reseptor nyeri perifer (<i>noci reseptor</i>) ↓ Dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A ↓ Dorsal horn bagian posterior (medula spinalis) ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri akut	D. 0077 Nyeri Akut

No	Data	Etiologi	Masalah
2.	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh sulit bergerak ekstremitas b. Klien mengeluh nyeri saat bergerak ekstremitas DO: Biasanya: a. Kekuatan otot klien menurun b. Rentang gerak (ROM) klien menurun c. Sendi kaku d. Gerakan tidak terkoordinasi e. Gerakan terbatas f. Fisik lemah	Pembedahan (<i>Post Removal of Implante/ROI</i>) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah ↓ Peningkatan permeabilitas kapiler ↓ Perpindahan cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan dalam pergerakan ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Atrofi dan kelemahan otot ↓ Gangguan mobilitas fisik	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik
3.	DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan terdapat luka operasi b. Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi DO: Biasanya: a. Terdapat luka/kerusakan jaringan dan/atau kulit b. Nyeri c. Perdarahan d. Kemerahan e. Hematoma	Pembedahan (<i>Post ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Terdapat luka insisi ↓ Terjadi kerusakan jaringan tulang ↓ Adanya luka terbuka akibat tindakan operasi ↓ Terjadi proses inflamasi ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan	D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan
4.	DS: Pada umumnya; a. Klien mengeluh sulit tidur b. Klien mengeluh sering terjaga c. Klien mengeluh tidak puas tidur d. Klien mengeluh pola tidur berubah	Pembedahan (<i>Post ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Imobilisasi ↓ Kemampuan tulang untuk bergerak menurun ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Kemampuan relaksasi menurun	D.0055 Gangguan Pola Tidur

No	Data	Etiologi	Masalah
	e. Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO: Biasanya: a. Klien tampak lemah b. Klien tampak lesu c. Terdapat kantung mata hitam	↓ Istirahat tidur terganggu ↓ Gangguan pola tidur	
5.	DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan enggan melakukan perawatan diri b. Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas DO: Biasanya: a. Klien tampak lemah b. Klien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri c. Minat melakukan perawatan diri kurang	Pembedahan (Post ROI/ <i>Removal Of Implants</i>) ↓ Imobilisasi ↓ Kemampuan tulang untuk bergerak menurun ↓ Keterbatasan pergerakan ↓ Defisit perawatan diri	D.0109 Defisit Perawatan Diri

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon klien baik individu, keluarga dan komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi adalah:

- Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas tulang
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur karena nyeri luka operasi
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
1.	D.0077 Nyeri Akut	L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	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 dan keyakinan tentang nyeri 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 analgetik	Observasi 1. Membantu intervensi nyeri yang tepat dapat dilakukan 2. Menentukan manajemen nyeri yang diperlukan sesuai skala nyeri 3. Ekspresi wajah membantu mendeteksi nyeri pada klien 4. Membantu dalam strategi manajemen nyeri yang efektif 5. Memengaruhi persepsi terhadap nyeri dan kepatuhan pengobatan 6. Mengekspresikan dan merespons nyeri 7. Menurunkan kualitas hidup, baik secara fisik maupun psikologis 8. Mengevaluasi efektivitas terapi komplementer 9. Mencegah komplikasi dan memastikan keamanan penggunaan obat

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
			Terapeutik 10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab periode nyeri dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Terapeutik 10. Membantu menurunkan nyeri tanpa efek samping 11. Lingkungan yang nyaman membantu menurunkan stimulasi nyeri 12. Membantu pemulihan dan mengurangi sensitivitas terhadap nyeri 13. Strategi nyeri harus disesuaikan dengan jenis dan penyebab nyeri agar efektif Edukasi 14. Membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kontrol diri terhadap nyeri 15. Membuat lebih aktif dan mandiri dalam mengatasi nyerinya 16. Membantu mengenali pola nyeri dan kapan harus mengatasi atau melaporkan 17. Mencegah overdosis dan ketergantungan, serta meningkatkan efektivitas terapi 18. Memastikan penggunaan yang aman dan benar Kolaborasi 19. Mencegah komplikasi dan mempercepat pemulihan
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik	L.05042 Mobilitas Fisik Setelah tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat	I.05173 Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Observasi 1. Mengetahui agar mobilisasi tidak memperburuk kondisi dan dapat ditangani sebelum bergerak 2. Seberapa kuat dan mampu untuk bergerak 3. Membantu mencegah risiko

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
		2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perl 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana	4. Memantau kondisi selama bergerak untuk mencegah cedera dan menentukan mobilisasi yang perlu Terapeutik 5. Alat bantu membantu menjaga keseimbangan dan mengurangi risiko jatuh 6. Membantu melakukan gerakan mobilisasi secara bertahap 7. Membuat lebih semangat dan merasa aman saat mulai bergerak kembali Edukasi 8. Membantu merasa lebih siap dan tidak takut untuk mulai bergerak 9. Mencegah komplikasi seperti penggumpalan darah, sembelit, atau kekakuan otot 10. Mempercepat proses pemulihan dan menjaga fungsi tubuh tetap optimal
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan	L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun	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. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka	Observasi 1. Menilai perkembangan penyembuhan atau tanda kerusakan jaringan 2. Mendeteksi gejala infeksi agar infeksi bisa diatasi segera Terapeutik 3. Mencegah luka terbuka kembali dan mengurangi rasa sakit 4. Menjaga kebersihan dan mempermudah perawatan 5. Mencegah infeksi dan membersihkan sisa kotoran atau jaringan mati

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
	6. Hematoma menurun 7. Jaringan parut menurun		9. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 11. Jadwalkan perubahan posisi 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), sesuai indikasi 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 16. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	6. Agar jaringan baru tumbuh dan luka sembuh lebih cepat 7. Melindungi kulit/luka dan mempercepat regenerasi jaringan 8. Memilih balutan yang sesuai sangat penting untuk mempercepat penyembuhan 9. Mencegah kontaminasi luka oleh bakteri saat perawatan 10. Frekuensi penggantian balutan disesuaikan dengan jumlah cairan luka agar luka tetap bersih dan kering 11. Menghindari terbentuknya luka baru 12. Mempercepat penyembuhan luka dan mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut 13. Mendukung regenerasi jaringan dan daya tahan tubuh 14. Mengurangi nyeri dan meningkatkan aliran darah di area luka Edukasi 15. Agar dapat segera melapor jika ada gejala, sehingga perawatan bisa cepat diberikan 16. Makanan tinggi kalori dan protein membantu mempercepat penyembuhan luka 17. Mengajarkan cara merawat luka sendiri agar perawatan tetap berlanjut di rumah Kolaborasi 18. Untuk menghentikan dan mencegah penyebaran infeksi

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
4.	D.0055 Gangguan Pola Tidur	L.05045 Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	I.05174 Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati 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, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga 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	Observasi 1. Menentukan adanya perubahan atau gangguan yang terjadi, sehingga intervensi disesuaikan 2. membantu menentukan penyebab utama gangguan tidur 3. Meningkatkan kualitas tidur 4. Memonitor penggunaannya Terapeutik 5. Lingkungan tidur yang nyaman dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur 6. Diperlukan pembatasan jam tidur siang agar siklus tidur tetap terjaga 7. Membantu relaksasi sebelum tidur dapat meningkatkan kualitas tidur 8. Membantu tubuh membentuk ritme sirkadian yang sehat, sehingga tidur menjadi lebih nyenyak dan teratur 9. Meningkatkan kenyamanan sehingga tidur lebih mudah tercapai 10. Mencegah gangguan tidur akibat interupsi atau efek samping obat Edukasi 11. Mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan daya tahan tubuh 12. Membantu memperbaiki pola tidur dan menghindari gangguan tidur 13. Mencegah gangguan tidur

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
			mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya	14. Dapat mengganggu proses pemulihan tubuh selama tidur, sehingga pemilihan obat harus selektif 15. Mengidentifikasi dan mengelola faktor yang dapat memperburuk gangguan tidur 16. Menurunkan stres dan meningkatkan kualitas tidur tanpa efek samping obat
5.	D.0109 Defisit Perawatan Diri	L.11103 Perawatan Diri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. minat melakukan perawatan diri meningkat	I.11348 Dukungan Perawatan Diri Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	Observasi 1. Menilai apakah klien mengalami penurunan fungsi atau tidak 2. Mengetahui kebiasaan perawatan diri yang sesuai usia, 3. Membantu klien yang mengalami keterbatasan fisik dalam melakukan perawatan diri secara mandiri Terapeutik 4. Membuat klien merasa lebih tenang dan percaya diri saat melakukan perawatan diri 5. Meningkatkan semangat pasien untuk merawat diri 6. Membantu klien agar bisa mandiri secara bertahap 7. Menerima kondisinya saat ini penting agar mereka tidak merasa putus asa atau malu saat butuh bantuan 8. Mendorong klien untuk tetap berusaha mandiri, sehingga kemandiriannya tetap terjaga 9. Menjadwalkan perawatan diri secara rutin meningkatkan rasa tanggung jawab

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan	Rasional
			Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Edukasi 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuannya

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Safitri dalam (Ekaputri et al., 2024:124), implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Proses ini dimulai setelah rencana tindakan yang bertujuan mencapai tujuan tertentu dan tindakan keperawatan yang akan diterapkan. Tindakan khusus diambil untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan klien. Selain itu, implementasi keperawatan juga bertujuan agar hasil rencana keperawatan dapat dievaluasi guna memahami kondisi kesehatan klien dalam jangka waktu tertentu, dapat mendukung kondisi tubuh klien, mencegah komplikasi, mengenali perubahan sistem tubuh, dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien.

Sesuai dengan yang dikemukakan Potter et al (2020) menyatakan bahwa penyusunan dan penetapan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh seorang perawat harus memperhatikan minimal empat komponen dasar, antara lain: *Nursing Therapeutic Intervention* (tindakan keperawatan mandiri), *Surveillance Nursing Intervention* (tindakan keperawatan monitoring/observasi), *Supportive Educative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan pemberian konseling / pendidikan

kesehatan) dan *Collaborative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan kolaborasi).

Menurut Potter & Perry dalam (Polopadang & Hidayah, 2019:48), implementasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan intervensi dan jenis implementasi. Dalam praktiknya, terdapat tiga jenis implementasi, yaitu sebagai berikut:

- a. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan arahan atau rujukan dari profesi lain, seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, psikolog, dan tenaga kesehatan lainnya. Contoh pada pemberian diet sesuai dengan rekomendasi ahli gizi atau pada pelaksanaan terapi fisik berdasarkan petunjuk dari fisioterapis.
- b. *Independent implementations*, adalah implementasi yang dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan lain. Contohnya meliputi membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari, membantu menjaga kebersihan diri, menyesuaikan posisi tubuh, menciptakan lingkungan yang aman, mendokumentasikan, dan berbagai tindakan lain yang menjadi tanggungjawab perawat.
- c. *Interdependen/Collaborative Implementations* adalah implementasi yang dilakukan berdasarkan kerja sama antara tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya. Tindakan yang ini memerlukan pengetahuan, keahlian, dan keterampilan dari berbagai profesional

kesehatan misalnya kolaborasi dalam pemberian *nasogastric tube* NGT, pemasangan infus kateter, dan pemberian injeksi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan dilakukan untuk menentukan seberapa jauh tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Ketika melakukan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana partisipan bereaksi terhadap intervensi, mampu membuat kesimpulan mengenai tujuan yang dicapai, dan mampu menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil yang diharapkan (Ekaputri et al., 2024).

Menurut Rohmam dan Walid dalam (Polopadang & Hidayah, 2019), jenis-jenis evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada proses keperawatan dan hasil dari tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan setelah rencana keperawatan dilaksanakan untuk mengetahui sejauhmana tindakan tersebut efektif. Proses evaluasi berlangsung secara berkelanjutan hingga tujuan yang telah ditetapkan berhasil tercapai. Perumusan evaluasi formatif terdiri dari empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu:

- 1) S (Subjektif): data yang berasal dari keluhan atau pernyataan pasien mengenai kondisi

- 2) O (Objektif): data yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat secara langsung.
- 3) A (Analisis): identifikasi masalah dan diagnosis keperawatan yang dibuat berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif.
- 4) P (Perencanaan): penyusunan kembali rencana tindakan keperawatan, baik yang sedang dijalankan maupun yang akan dilakukan selanjutnya, dengan tujuan meningkatkan kondisi kesehatan pasien.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif merupakan penilaian yang dilakukan setelah seluruh rangkaian kegiatan keperawatan selesai dilaksanakan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk menilai dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi terkait pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi, apabila klien menunjukkan perubahan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian, apabila klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditentukan.
- 3) Tujuan belum tercapai, jika tidak ada perubahan atau kondisi klien belum sesuai dengan memenuhi kriteria yang diharapkan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	:	Tn. R
Tanggal Lahir	:	Garut, 07 September 2001
Umur	:	24 Tahun
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Alamat	:	Kp. Ciboreas Kec. Sukaresmi Kab. Garut
Pendidikan	:	SMP
Pekerjaan	:	Wiraswasta
Tanggal Masuk	:	22 April 2025
Tanggal Operasi	:	22 April 2025
Tanggal Pengkajian	:	23 April 2025
No. Rekam Medis	:	000240918
Diagnosa Medis	:	<i>Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra</i>

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	:	Ny.A
Umur	:	28 Tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Alamat	:	Kp. Ciboreas Sukamulya Kec. Sukaresmi Kab. Garut
Pekerjaan	:	Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan Klien	:	Kakak kandung

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi *Removal of Implante (ROI)* di bagian lengan bawah kanan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 pukul 07.00 WIB klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan anatomis, nyeri pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi dengan skala nyeri 6 (0-10), serta nyeri dirasakan hilang timbul saat malam hari maupun siang hari.

Berdasarkan hasil pengkajian juga, klien mengeluh kesulitan dalam melakukan pergerakan pada bagian lengan bawah kanan karena adanya nyeri luka operasi sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas dan klien juga mengatakan terdapat luka jahitan operasi ± 5 cm dan terdapat luka terbuka akibat tindakan operasi disertai luka tampak basah.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan pernah masuk rumah sakit 8 bulan yang lalu untuk menjalani prosedur tindakan *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) yaitu pemasangan pin pada lengan bawah

kanan di salah satu Rumah Sakit di Solo dan dilakukan pemeriksaan rontgen di Rumah Sakit Guntur dan didapatkan hasil penyatuan tulang sudah membaik sehingga perlu dilakukan tindakan selanjutnya yaitu pelepasan pen. Selama perawatan pasca operasi pemasangan pen, klien mengatakan klien menjalani masa pemulihan dengan perawatan luka ke fasilitas kesehatan dan melakukan fisioterapi untuk mengembalikan fungsi anggota gerak. Klien juga mengatakan sebelum sakit dan dibawa ke rumah sakit klien mengalami patah tulang tertutup karena terjatuh dari tangga rumah.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma, penyakit jantung dan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang menular seperti tuberkulosis, hepatitis B, dan HIV/AIDS.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis (E4M6V5)
- 3) Tanda-Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 120/79 mmHg
 - Nadi : 80x/menit
 - Respirasi : 20x/menit

Saturasi Oksigen : 99%

4) Antropometri

Berat Badan : 160 cm

Tinggi Badan : 55 kg

5) Pemeriksaan Fisik

a) Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh tampak seimbang, tidak tampak deformitas atau artrofi otot (pengecilan otot), terpasang infus di ekstremitas atas bagian kiri dengan cairan infus RL (*Ringer Laktat*) 20tpm, terdapat luka post operasi *Removal Of Implants* (ROI) di tangan kanan, tampak luka operasi basah, tampak luka dibalut dengan perban. Terdapat nyeri tekan pada luka operasi pada bagian lengan bawah kanan. Ekstremitas atas pada post operasi tampak terbatas karena nyeri sehingga kesulitan dalam melakukan pergerakan, anggota tubuh lainnya dapat bergerak dengan bebas dan normal. Kekuatan otot klien

3	5
5	5

b) Sistem Integumen

Warna kulit merata sawo matang, tidak ada ikterik, tidak ada ruam, tidak ada sianosis, terdapat luka operasi di bagian lengan bawah kanan dibalut perban steril, panjang

luka ± 5 cm, warna dasar luka merah, luka jahitan lengkap tidak ada yang terputus, tidak tampak adanya pus pada tangan kanan, belum terbentuk granulasi jaringan, tepi luka baik, tidak ada eksudat, tidak tampak bengkak pada area sekitar luka. Teraba akral hangat, terdapat nyeri tekan pada bagian lengan bawah kanan, turgor kulit < 2 detik.

c) Sistem Pernapasan

Lubang hidung pasien simetris antara lubang kiri dan kanan, lubang hidung tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dan pengempisan kedua rongga dada simetris, pola napas regular. Tidak terdapat nyeri tekan pada dinding toraks, tidak terdengar adanya krepitasi pada dinding dada. Bunyi sonor pada seluruh lapang paru kanan dan kiri, bunyi napas vesikular, tidak terdengar suara napas tambahan seperti wheezing atau rales pada semua lapang paru.

d) Sistem Kardiovaskular

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat peningkatan JVP (*Jugular Venous Pressure*), ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada

di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak ada sianosis pada ekstremitas. Nadi radialis dan dorsalis serta pedis teraba kuat dan simetris kanan kiri, *capillary refill time* <2 detik, denyut jantung 80x/menit. Bunyi jantung pada S1 dan S2 terdengar reguler (lub-dup). Tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 80x/menit.

e) Sistem Pencernaan

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan, tidak ada lesi, lidah klien kotor, gigi tidak lengkap tampak 30 dari normalnya 32 buah, tampak terdapat karies gigi, gigi tampak sedikit kekuningan, tidak ada lesi pada rongga mulut, tidak ada mual, dapat menelan dengan baik, bentuk abdomen datar, tidak ada distensi, tidak ada lesi. Bunyi timpani tidak ditemukan area dullness abnormal, bising usus terdengar kuat 12x/menit, tidak ada hipoaktif atau hiperaktif. Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat massa atau pembengkakan abdomen.

f) Sistem Perkemihan

Tidak tampak distensi di regio suprapubic, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada edema, tidak ada lesi atau benjolan pada area lumbal dan suprapubic, tidak terpasang kateter. Tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih, tidak ada pembesaran kandung kemih. Regio suprapubik

menghasilkan bunyi timpani menandakan kandung kemih tidak penuh, tidak terdapat nyeri ketuk pada area costae vertebra angel (CVA). Tidak terdengar adanya bruit's sign (suara berkemih).

g) Sistem Persarafan

- (1) Nervus I (Olfaktorius): fungsi penciuman klien baik ditandai dengan klien dapat membedakan wangi parfum dan kayu putih.
- (2) Nervus II (Optikus): fungsi penglihatan baik, mampu mengenali objek dibuktikan dengan klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak yang kurang dari 1 meter.
- (3) Nervus III (Okulomotorius): pupil isokor dibuktikan saat diberi rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter pupil 3 mm.
- (4) Nervus IV (Troclearis): klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan ke bawah.
- (5) Nervus V (Abdusen): klien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan kanan.
- (6) Nervus VI (Trigeminus): sensori pada kulit wajah klien baik, klien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, klien dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (Facialis): klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi, ekspresi wajah simetris, dapat tersenyum dan mampu menutup mata, klien dapat merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit pada 2/3 anterior lidah

(8) Nervus VIII (Vestibulokoklearis): pendengaran baik ditandai dapat menjawab pertanyaan dengan benar. Fungsi keseimbangan klien tidak terganggu

(9) Nervus IX (Glosafaringeal): refleks menelan baik

10) Nervus X (Vagus): klien dapat merasakan rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah, refleks muntah (*gag reflex*) klien baik

11) Nervus XI (Accesorius): klien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh ke kiri dan ke kanan serta menggerakkan bahunya

12) Nervus XII (Hipoglosus): klien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan dapat memutar kepala melawan tahanan

h) Sistem Penglihatan

Kedua mata simetris, sklera putih, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat edema palpebra, pupil isokor, refleks cahaya langsung dan tidak langsung (+). Tidak ada nyeri tekan pada orbita atau sekitar mata. Klien mampu mengenali objek dan arah tangan, tidak ada keluhan penglihatan kabur

atau ganda, klien dapat membaca papan nama perawat pada jarak 1 meter.

i) Sistem Pendengaran

Keadaan telinga bersih, tampak simetris kedua telinga kanan dan kiri, tidak ada sekret, tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada pembesaran tulang mastoid. Tidak ada nyeri tekan pada tulang mastoid. Klien mampu mendengar dengan suara pada jarak 1-2 meter ditandai dengan klien dapat menjawab pertanyaan dengan sesuai.

j) Sistem Endokrin

Tidak tampak perubahan bentuk leher atau pembesaran tiroid, kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada keluhan haus berlebihan poliuria, atau penurunan berat badan. Pergerakan leher baik dibuktikan dengan klien dapat menengok ke kiri dan ke kanan. Tidak ada nyeri tekan pada leher.

d. Aspek Psikologis

1) Status Emosi

Wajah klien tampak lemah, status emosi klien stabil, klien tampak tenang saat dilakukan wawancara dengan perawat.

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri/*Body Image*

Klien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mengatakan seluruh anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan dirinya bernama Tn.R, berusia 24 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara dan merasa puas dengan jenis kelaminnya.

c) Peran Diri

Klien berperan sebagai seorang anak, klien merasa perannya sebagai anak tidak terganggu karena keadaannya sekarang.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang agar dapat menjalani kegiatannya seperti biasa.

e) Harga Diri

Klien tidak merasa malu terhadap penyakit yang dideritanya karena klien yakin bahwa keadaannya akan cepat pulih. Klien menerima keadaan dirinya dengan semua kelebihan dan kekurangannya.

3) Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila dirinya mempunyai masalah klien selalu menceritakannya kepada kakak perempuannya atau kepada ibunya.

4) Tingkat Kecemasan

Klien tidak tampak cemas walaupun penyakitnya lama disembuhkan, namun klien menerima keadaannya dan menyerahkan semuanya kepada Allah SWT.

e. Aspek Sosial

1) Pola Interaksi

Klien mampu berinteraksi dan berhubungan baik dengan orang lain, ditandai saat dilakukan pengkajian dan tindakan keperawatan klien dapat berinteraksi dengan baik. Klien juga mampu mengenal pasien lain dan mampu berinteraksi dengan baik serta beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya selama berada di rumah sakit.

2) Gaya Komunikasi

Klien berbicara jelas, sehari-hari menggunakan bahasa Sunda dan mampu berkomunikasi dengan baik. Klien mampu berkomunikasi baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien lain.

f. Aspek Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Klien mengatakan dirinya beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT. Klien juga mengatakan bahwa kondisi yang dialaminya saat ini merupakan ujian dari Allah SWT dan klien yakin bahwa setiap ujian akan berakhir.

2) *Sense of Trasendence*

Klien mengatakan bahwa melalui penyakit yang sedang dialaminya sekarang, Tn.R semakin menyadari bahwa Allah SWT Maha Kuasa. Klien mengatakan hanya kepada Allah SWT klien berdo'a memohon kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Klien juga mengatakan hanya bisa berusaha dan berdoa untuk kesembuhannya, dan selebihnya menyerahkan kepada Sang Maha Kuasa.

3) Falsafah Hidup

Klien percaya terhadap adanya kondisi sakit dan sehat, karena itu merupakan ketentuan yang telah di atur oleh Sang Maha Kuasa.

g. Aktivitas Sehari-hari/ADL (*Activity Daily Living*)

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Saat sehat	Saat Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi+lauk pauk	Bubur
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	b. Minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	Sering	Sering
	Jumlah	6-8 gelas/hari	6-8 gelas/hari
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
2.	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	2x/hari	-
	Konsistensi	lembek	-
	Bau	khas feses	-
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ingin BAB
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	b. BAK		
	Frekuensi	6-7x/hari	6-7x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
3.	Istirahat dan Tidur		
	a. Tidur siang		
	Waktu	1 jam/hari	1 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Tidur malam		
	Waktu	7-8 jam/hari	7-8 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4.	Personal hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	2x/hari (di waslap)
	b. Keramas	2x/minggu	-
	c. Gosok gigi	3x/hari	3x/hari
	d. Memotong kuku	1x/minggu	1x/minggu
	e. Cara	Mandiri	Dibantu

h. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Radiologi

a) Rontgen

Nama : Tn. R

Umur : 24 Tahun

No. Rekam medis : 000240918

Tanggal pemeriksaan : 18 April 2025 15.14 WIB

Jenis Pemeriksaan : Antebrachi Dexter AP/Lateral

Hasil Pemeriksaan

Tampak fraktur pada 1/3 distal os radius dan os ulna dextra

Terlihat pemasangan 2 buah pen logam internal (*screw*)

Reduksi fraktur tampak baik, posisi fragmen tulang dalam posisi anatomis

Tidak ditemukan dislokasi atau sublukasi

Jaringan lunak dalam batas normal, tidak tampak pembengkakan saraf

Kesan : Fraktur 1/3 distal os radius dan os ulna

dextra, status fiksasi internal menggunakan screw dengan posisi reduksi baik

b) Thoraks

Nama : Tn. R

Umur : 24 Tahun

No. Rekam Medis : 000240918

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Hasil Pemeriksaan :

Cor tidak membesar

Sinus dan diafragma normal

Pulmo : hilus normal

Corakan bronkhovaskular normal

Tidak tampak bercak lunak

Kesan : Thoraks foto : baik

2) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Hematologi

Nama : Tn. R

Umur : 24 Tahun

No. Rekam Medis : 000240918

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	14.6	Pria = 14-18 Wanita = 12-16	gr/dl gr/dl
Leukosit	9.200	4000– 10.000/m ³	per mm ³
Trombosit	265.000	150.000-450.000	per mm ³
Hematokrit	53.6	35 – 45	%
Bleeding time	2'	1-3 menit	Menit
Clothing time	5'	5-15 menit	Menit
Kimia Darah			
Gula darah sewaktu	82	100-140	mg/dL

i. Terapi Obat

Tabel 3. 3 Program Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Cara	Manfaat
1.	Cefotaxime	2x1 gram vial	Intravena	Antibiotik sefalosporin golongan 3 untuk infeksi berat
2.	Ketorolac	3x1 ampul	Intravena	Analgetik untuk nyeri akut sedang-berat terutama pasca operasi
3.	Ranitidine	2x1 ampul	Intravena	Antiemetik, penurun asam lambung untuk tukak lambung
4.	RL (Ringer Laktat) 500 ml	20 tpm (tetes per menit)	Intravena	Cairan parenteral untuk rehidrasi, syok perdarahan

j. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: a. Klien mengeluh nyeri luka operasi <i>Removal of Implante</i> pada lengan bawah kanan b. Nyeri pada luka post operasi c. Seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan anatomis d. Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi e. Skala nyeri 6 (0-10) f. Nyeri dirasakan hilang timbul pada saat malam hari maupun siang hari	Agen pencedera fisik tindakan pelepasan pen (<i>ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P) ↓ Diterima oleh reseptor nyeri perifer (<i>noci reseptor</i>) ↓ Dihantarkan oleh reseptor nyeri delta A ↓ Dorsal horn bagian posterior (medula spinalis) ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis ↓	Nyeri akut (D.0077)
	DO: a. Klien tampak meringis b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat luka jahitan sepanjang ±5 cm e. Luka tampak dibalut dengan perban steril f. Skala nyeri 6 (0-10)		

No	Data	Etiologi	Masalah
	g. TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 36,5°C SpO2 = 99%	Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri akut	
2.	DS: a. Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan pergerakan pada bagian lengan bawah kanan karena adanya luka operasi b. Klien mengatakan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas DO: a. Klien tampak lemah b. Terdapat luka post operasi <i>Removal Of Implante (ROI)</i> pada lengan bawah kanan c. Terdapat nyeri tekan d. Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit e. Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun f. Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya g. Skala kekuatan otot klien $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	Pembedahan (<i>Post Removal of Implante/ROI</i>) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Mengeluarkan zat-zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin dan substansi P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah ↓ Peningkatan permeabilitas kapiler ↓ Perpindahan cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan dalam pergerakan ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Atrofi dan kelemahan otot ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
3.	DS: a. Klien mengatakan dirinya dilakukan tindakan operasi pada daerah lengan bawah kanan b. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada bagian lengan bawah kanan DO: a. Terdapat luka operasi <i>Removal Of Implante (ROI)</i> pada bagian lengan bawah kanan b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Luka tampak dibalut dengan kassa steril d. Panjang luka ±5 cm e. Warna dasar luka merah	Pembedahan (<i>Post ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Terdapat luka insisi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Adanya luka terbuka akibat tindakan operasi ↓ Terjadi proses inflamasi ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan	Gangguan integritas kulit dan jaringan (D.0129)

No	Data	Etiologi	Masalah
	f. Tidak tampak adanya pus g. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus		
4.	DS: a. Klien mengatakan terdapat luka post operasi basah pada bagian lengan bawah kanan DO: a. Terdapat luka terbuka akibat tindakan operasi <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm b. Luka operasi belum kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Kadar leukosit : 9.200 per mm ³	Pembedahan (<i>Post ROI/Removal Of Implante</i>) ↓ Terdapat luka insisi ↓ Terjadi kerusakan jaringan tulang ↓ Adanya luka terbuka akibat tindakan operasi ↓ Port de entry masuknya mikroorganisme patogen ↓ Tempat masuknya kuman ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)

2. Diagnosa Keperawatan

- a. D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri luka operasi *Removal of Implante* pada lengan bawah kanan
- 2) Nyeri pada luka post operasi
- 3) Seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan anatomis
- 4) Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi

5) Skala nyeri 6 (0-10)

6) Nyeri dirasakan hilang timbul pada saat malam hari maupun siang hari

DO:

1) Klien tampak meringis

2) Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi

3) Terdapat luka post *Removal Of Implante (ROI)* pada lengan bawah kanan

4) Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm

5) Luka tampak dibalut dengan perban steril

6) Skala nyeri 6 (0-10)

7) TD = 120/79 mmHg

N = 80x/menit

R = 20x/menit

S = 36,5°C

SpO₂ = 99%

b. D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

1) Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan pergerakan pada bagian lengan bawah kanan karena adanya nyeri luka operasi

- 2) Klien mengatakan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Terdapat luka post *Removal Of Implante* (ROI) pada lengan bawah kanan
- 3) Terdapat nyeri tekan
- 4) Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit
- 5) Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun
- 6) Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya
- 7) Skala kekuatan otot klien

3	5
5	5

- c. D.0129 Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan dirinya dilakukan tindakan operasi pada daerah lengan bawah kanan
- 2) Klien mengatakan terdapat luka terbuka bagian lengan bawah kanan

DO:

- 1) Terdapat luka operasi *Removal Of Implante (ROI)* pada bagian lengan bawah kanan
 - 2) Terdapat nyeri tekan pada daerah operasi
 - 3) Luka tampak dibalut dengan kassa steril
 - 4) Panjang luka ± 5 cm
 - 5) Luka tampak basah
 - 6) Warna dasar luka merah
 - 7) Tidak tampak adanya pus
 - 8) Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus
- d. D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan terdapat luka post operasi basah pada bagian lengan bawah kanan

DO:

- 1) Terdapat luka terbuka akibat tindakan operasi *Removal Of Implante (ROI)* pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm
- 2) Luka operasi masih belum kering dan belum dibuka jahitan
- 3) Luka operasi tertutup verband
- 4) Kadar leukosit : 9.200 per mm³

3. Perencanaan Keperawatan

Nama : Tn.R
 Umur : 24 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Diagnosa Medis : Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna

No. Rekam Medis : 000240918
 Tanggal Masuk : 22 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 23 April 2025
 Ruang : Bougenville 2

Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	D. 0077 Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang ditandai dengan DS: a. Klien mengeluh nyeri luka operasi <i>Removal of Implante</i> pada lengan bawah kanan b. Nyeri pada luka post operasi c. Seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan anatomis d. Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi	L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Tidak tamoak meringis 3. Nyeri tekan pada luka operasi berkurang 4. Skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 4 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD sistole : 110-120 mmHg TD diastole : 80-90 mmHg Nadi : 80-100x/menit Suhu : 36,5-37,5°C	I.08238 Manajemen Nyeri Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri Terapeutik 3. Berikan obat analgetik sesuai program terapi dokter a. Ketorolac 3x1 ampul 4. Lakukan latihan terapi nonfarmakologis (teknik relaksasi napas dalam) Edukasi 5. Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)	Observasi 1. Menilai efektivitas terapi dalam pengurangan nyeri yang berhubungan dengan perubahan tanda vital seperti penurunan denyut jantung akibat nyeri berkurang 2. Ekspresi dengan skala nyeri untuk peningkatan nyeri yang dirasakan Terapeutik 3. Mengurangi intensitas nyeri dengan terapi medis pemberian ketorolac yang merupakan analgesik untuk nyeri akut sedang-berat terutama pasca operasi yang dapat menghambat kerja enzim yang berperan dalam peradangan 4. Bernapas dalam dan perlahan menyebabkan tubuh memasuki keadaan relaksasi dengan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis untuk membantu menurunkan tingkat nyeri klien Edukasi 5. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang penanganan nyeri

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	e. Skala nyeri 6 (0-10) f. Nyeri dirasakan hilang timbul pada saat malam hari maupun siang hari DO: a. Klien tampak meringis b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implant</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm e. Luka tampak dibalut dengan perban steril f. Skala nyeri 6 (0-10) g. TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 36,5°C SpO2 = 99%		6. Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian analgetik sedatif, jika perlu	6. Mengetahui strategi meredakan nyeri yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kemandirian klien dan membantu klien mengelola saat dirasakan nyeri Kolaborasi 7. Mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi komplikasi akibat nyeri yang tidak terkontrol dengan kolaborasi dokter pemberian terapi medis lain
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan DS: a. Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan pergerakan pada bagian	L.05042 Mobilitas Fisik Setelah tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas tangan kanan meningkat 2. Skala kekuatan otot tangan kanan meningkat dari 3 menjadi 4	I.05173 Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Terapeutik 2. Lakukan latihan rentang gerak aktif secara bertahap pada daerah yang mengalami penurunan kekuatan otot	Observasi 1. Mengetahui seberapa jauh klien mampu bergerak secara aman dan menangani segera apabila klien merasa lemah, pusing atau sesak selama mobilisasi Terapeutik 2. Latihan mobilisasi untuk meningkatkan mobilitas sendi, mencegah kekakuan, mempercepat pemulihan fungsi tangan dan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	lengan bawah kanan karena adanya luka operasi b. Klien mengatakan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas DO: a. Klien tampak lemah b. Terdapat luka post operasi <i>Removal Of Implants</i> (ROI) pada lengan bawah kanan c. Terdapat nyeri tekan d. Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit e. Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun f. Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya g. Skala kekuatan otot klien 3 5 5 5	3. Rentang gerak (ROM) tangan kanan klien meningkat 4. Nyeri saat menggerakkan tangan kanan berkurang 5. Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri	3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan secara mandiri Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada klien dan keluarga klien 5. Ajarkan latihan mobilisasi secara bertahap Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan fisioterapi, jika perlu	lengan tanpa membebani area operasi secara berlebihan 3. Dukungan keluarga dapat meningkatkan semangat dan keberhasilan mobilisasi Edukasi 4. Memberikan pengetahuan agar dapat mengetahui tujuan mobilisasi dini yang dilakukan pada klien 5. Meningkatkan pengetahuan klien dalam pemahaman pentingnya mobilisasi sederhana secara bertahap dalam meningkatkan mobilitas sendi, merangsang sirkulasi darah dan meningkatkan fungsi otot Kolaborasi 6. Memberikan latihan dan teknik mobilisasi dengan fisioterapi yang tepat sesuai kondisi klien dalam meningkatkan efektivitas rehabilitasi dan mengurangi risiko komplikasi
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan: DS:	L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:	I.14564 Perawatan Luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor fase penyembuhan luka	Observasi 1. Menunjukkan tahap penyembuhan atau komplikasi yang menjadi tanda infeksi pada klien

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	a. Klien mengatakan dirinya dilakukan tindakan operasi pada daerah lengan bawah kanan b. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada bagian lengan bawah kanan DO: a. Terdapat luka operasi <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada bagian lengan bawah kanan b. Luka tampak dibalut dengan kassa steril c. Panjang luka ± 5 cm d. Luka tampak basah e. Warna dasar luka merah f. Tidak tampak adanya pus g. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus	1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Fase penyembuhan luka meningkat 4. Nyeri berkurang 5. Tidak ada pus 6. Jahitan luka lengkap, tidak ada yang terputus	Terapeutik 3. Berikan obat antibiotik sesuai terapi dokter a. Cefotaxime 2x1 gram vial 4. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik Edukasi 5. Jelaskan tanda-tanda infeksi pada luka 6. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Ajarkan cara perawatan luka di rumah	2. Memastikan proses penyembuhan luka berjalan optimal dan mencegah komplikasi yang dapat menghambat penyembuhan luka Terapeutik 3. Pemberian antibiotik cefotaxime yaitu dalam mencegah dan menghambat infeksi bakteri yang dapat memperlama penyembuhan luka 4. Teknik aseptik dan antiseptik dilakukan dalam mencegah kontaminasi mikroorganisme dan Membersihkan luka dari kotoran dan bakteri penyebab infeksi, mempercepat penyembuhan luka Edukasi 5. Meningkatkan kesadaran mengetahui gejala awal infeksi dan mencegah komplikasi 6. Diperlukan untuk regenerasi jaringan dan proses penyembuhan luka 7. Meningkatkan kemandirian klien dan kepatuhan terhadap perawatan luka
4.	D.0142 Risiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi DS: a. Klien mengatakan terdapat luka post operasi basah pada bagian lengan bawah kanan	L.14137 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mengetahui tanda dan gejala risiko infeksi meningkat 2. Luka operasi mengering	I.14539 Pencegahan Infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 2. Lakukan pemeriksaan kondisi luka operasi	Observasi 1. Mencegah penyebaran infeksi dan komplikasi lebih lanjut untuk pemantauan cepat sebelum kondisi memburuk Terapeutik 2. Membantu menilai proses penyembuhan dan mendeteksi adanya tanda infeksi

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	DO: a. Terdapat luka operasi <i>Removal Of Implants</i> (ROI) pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm b. Luka operasi belum kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Kadar leukosit : 9.200 per mm ³	3. Pemantauan fase penyembuhan luka meningkat	Edukasi 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	Edukasi 3. Meningkatkan kesadaran dan kemampuan pasien dalam mengenali gejala awal untuk penanganan lebih lanjut 4. Memantau luka secara mandiri membantu dalam pemantauan berkelanjutan dan mempercepat deteksi komplikasi

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn.R
 Umur : 24 Tahun
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Diagnosa Medis : Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna

No. Rekam Medis : 000240918
 Tanggal Masuk : 22 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 23 April 2025
 Ruang : Bougenville 2

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
1.	D. 0077 Nyeri Akut berhubungan dengan teraktifasinya pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang	POD I Rabu, 23 Mei 2025 08.05 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 36,5°C SPO2 = 99% 2. Memonitor skala nyeri Hasil: Skala nyeri klien 6 (0-10) 3. Memberikan obat analgetik sesuai program terapi dokter Hasil: Klien diberikan obat secara intravena ketorolac 3x1 ampul 4. Melakukan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil: Klien mengatakan otot-otot terasa lebih rileks saat dilakukan terapi relaksasi napas dalam 5. Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang manfaat teknik nonfarmakologis yang dianjurkan Hasil: Klien mengatakan bersedia dan paham dengan apa yang telah dijelaskan dengan klien dapat menjelaskan kembali strategi meredakan nyeri dengan teknik nonfarmakologis yang telah dianjurkan	09.05 WIB S : a. Klien mengatakan masih merasakan nyeri b. Nyeri pada luka post operasi c. Dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri diperberat saat melakukan pergerakan dan berkurang saat diposisikan anatomis d. Pada bagian lengan bawah kanan dan hanya dirasakan pada daerah luka operasi e. Skala nyeri 6 (0-10) f. Nyeri hilang timbul saat malam hari maupun siang hari g. Klien mengatakan sudah mengerti dengan terapi nonfarmakologis yang diajarkan O: a. Klien tampak meringis b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Terdapat luka post Removal Of Implante (ROI) pada lengan bawah kanan	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan terapi relaksasi nafas dalam Hasil: Klien mengatakan dapat mengerti dengan teknik yang diajarkan dan akan mencobanya saat nyeri muncul 7. Berkolaborasi pemberian analgetik sedatif, jika perlu Hasil: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan tidak nyeri yang berlebihan	d. Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm e. Luka tampak dibalut dengan perban f. Klien diberi obat analgetik ketorolac 3x1 ampul g. TD= 120/81 mmHg N= 80x/menit R= 20x/menit S= 36°C SPO2= 99% A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri 3. Berikan obat analgetik sesuai dengan terapi dokter: ketorolac 3x1 ampul 4. Berikan terapi relaksasi napas dalam 5. Anjurkan untuk melakukan teknik nonfarmakologis	
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan	POD I Rabu, 23 Mei 2025 09.05 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak lemas dan tampak meringis, klien juga mengatakan nyeri ketika mencoba menggerakkan tangan kanannya 2. Melakukan latihan rentang gerak aktif secara bertahap pada daerah yang mengalami penurunan kekuatan otot Hasil: Klien mengatakan terdapat kekakuan sendi sehingga belum dapat melakukan pergerakan secara aktif pada lengan kanan 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan secara mandiri Hasil:	10.15 WIB S: a. Klien mengatakan masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitasnya b. Klien mengatakan akan mencoba latihan rentang gerak yang telah diajarkan c. Klien mengatakan masih merasakan kekakuan pada sendi O: a. Klien tampak lemah b. Klien tampak masih tidak dapat menggerakkan tangan kanannya c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante (ROI)</i> pada lengan bawah kanan d. Terdapat nyeri tekan berkurang	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Keluarga klien mengatakan bersedia dan akan mencoba membantu klien dalam melakukan mobilisasi dini dalam peningkatan pergerakannya 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada klien dan keluarga klien Hasil: Klien dan keluarga mengatakan mengerti dan akan melakukan sesuai penjelasan yang telah diberikan secara bertahap 5. Mengajarkan latihan mobilisasi secara bertahap Hasil: Klien dan keluarga mengatakan dapat mengerti dengan latihan rentang gerak yang diajarkan dan akan mencobanya 6. Berkolaborasi dengan fisioterapi, jika perlu Hasil: Klien mengatakan pergerakan tangan kanan masih terbatas	e. Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit f. Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun g. Klien tampak masih dibantu dalam sebagian aktivitasnya h. Skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi 2. Lakukan latihan pergerakan aktif secara bertahap 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 4. Anjurkan keluarga untuk membantu mobilisasi klien 5. Kolaborasi dengan fisioterapi, jika perlu	
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Rabu, 23 Mei 2025 10.15 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: a. Luka tampak dibalut dengan kassa steril dan tidak ada rembesan pada balutan b. Luka tampak basah c. Panjang luka jahitan ± 5 cm d. Warna dasar luka merah e. Tidak ada pus f. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus 2. Memonitor fase penyembuhan luka	11.00 WIB S: a. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada lengan kanan bawahnya b. Klien mengatakan terdapat nyeri pada luka post operasi tetapi nyeri dirasakan tidak berlebihan c. Klien mengatakan luka tampak masih basah	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Hasil: Kemerahan sekitar luka tidak ada, terdapat nyeri tetapi tidak berlebihan, terdapat kemerahan, area sekitar luka tidak hangat, bengkak tidak ada 3. Memberikan obat sesuai terapi dokter yaitu pemberian cefotaxime 2x1 gram vial Hasil: Klien diberikan obat secara intravena cefotaxime 2x1 gr vial 4. Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik Hasil: Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik yang mengambat penyembuhan luka, menutup luka dengan membalut menggunakan kassa steril 5. Menjelaskan tanda-tanda infeksi pada luka Hasil: Klien dan keluarga mengatakan dapat mengerti apa yang dijelaskan dengan dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi luka 6. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Klien dan keluarga mengatakan dapat mengerti dengan apa yang dijelaskan dengan dapat menyebutkan makanan yang dapat dikonsumsi untuk mempercepat penyembuhan luka 7. Melatih dan ajarkan cara perawatan luka di rumah Hasil: Klien dan keluarga mengatakan paham serta akan mencoba melakukan perawatan luka secara mandiri di rumah untuk menjaga luka tetap aman dan bersih	d. Klien mengatakan akan memonitor dan perawatan luka agar tidak ada tanda infeksi yang muncul O: - Tampak luka post operasi pada bagian lengan bawah kanan - Luka tampak dibalut dengan perban - Panjang luka jahitan ± 5 cm - Balutan luka tidak ada rembesan - Tidak ada perdarahan - Luka tampak basah - Warna dasar luka merah - Tidak ada pus - Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus A: Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor fase penyembuhan luka - Perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik - Berikan obat antibiotik sesuai terapi medis dokter: cefotaxime 2x1 gr vial - Latih dan ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah	

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
4.	D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi	POD I Rabu, 23 Mei 2025 11.05 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan masih basah 2. Melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi Hasil: Luka operasi klien tampak basah dan belum dibuka jahitan 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien dan keluarga mengatakan dapat mengerti apa yang dijelaskan dengan dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi luka 4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi Hasil: Klien dan keluarga paham dan akan mencoba memeriksa luka ketika sedang dilakukan perawatan luka	11.30 WIB S: a. Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan masih basah b. Klien mengatakan akan memeriksa kondisi luka operasi untuk mendeteksi adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul O: a. Tampak luka terbuka akibat tindakan operasi <i>Removal Of Implante (ROI)</i> pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm b. Luka operasi belum kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Tidak tampak adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul di sekitar luka A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan pemeriksaan kondisi luka operasi 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	 Karina
1.	D. 0077 Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas	POD II Kamis, 24 Mei 2025 08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 36,5°C SPO2 = 99% 2. Memonitor skala nyeri Hasil:	09.05 WIB S : a. Klien mengatakan nyeri berkurang b. Nyeri pada luka post operasi c. Dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri diperberat saat melakukan pergerakan dan berkurang saat diposisikan anatomis serta saat diberi obat	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
	jaringan kulit dan tulang		Didapatkan skala nyeri 5 (0-10) 3. Memberikan obat sesuai program terapi dokter yaitu pemberian ketorolac 3x1 ampul Hasil: Klien diberikan obat secara intravena ketorolac 3x1 ampul 4. Melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil: Klien mengatakan otot-otot terasa lebih rileks saat dilakukan pemijatan dan nyeri dirasakan sedikit berkurang 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan relaksasi nafas dalam Hasil: Klien dan keluarga mengatakan akan melakukan teknik nonfarmakologis yang telah dianjurkan saat nyeri muncul	d. Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada daerah luka operasi e. Skala nyeri 5 (0-10) f. Nyeri hilang timbul saat malam hari maupun siang hari g. Klien mengatakan sudah mengerti dan akan melakukan teknik nonfarmakologis yang sudah diajarkan O: a. Klien tampak meringis b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implants</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm e. Luka tampak dibalut dengan perban f. Klien diberi obat analgetik ketorolac 3x1 ampul g. TD= 120/81 mmHg N= 80x/menit R= 20x/menit S= 36°C SPO2= 99% A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri 3. Berikan obat analgetik sesuai dengan terapi dokter: ketorolac 3x1 ampul 4. Berikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri 5. Anjurkan untuk melakukan teknik nonfarmakologis	

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan	POD II Kamis, 24 Mei 2025 09.00 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak lemas dan tampak meringis, klien juga mengatakan nyeri sedikit berkurang ketika mencoba menggerakkan tangan kanannya 2. Melakukan latihan rentang gerak aktif secara bertahap yang mengalami penurunan kekuatan otot Hasil: Klien mengatakan sudah dapat melakukan aktif secara bertahap yaitu dapat menggerakkan pergelangan tangan kanan dengan sendiri walaupun pelan dan dapat mengepal jari-jari tangan walaupun tidak kuat menahan lama 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan secara mandiri Hasil: Keluarga klien mengatakan bersedia dan akan mencoba membantu klien dalam melakukan mobilisasi dini dalam peningkatan pergerakannya 4. Mengajarkan latihan mobilisasi secara bertahap Hasil: Klien dan keluarga mengatakan paham dan akan mencobanya untuk melatih kekakuan sendi agar dapat dilakukan secara maksimal 5. Berkolaborasi dengan fisioterapi, jika perlu Hasil: Klien mengatakan pergerakan tangan kanan masih terbatas dan dapat melakukan dengan bantuan keluarga untuk latihan rentang gerak	10.05 WIB S: - Klien mengatakan masih terdapat keterbatasan dalam melakukan pergerakan karena nyeri sehingga masih memerlukan bantuan - Klien mengatakan akan terus mencoba latihan rentang gerak secara bertahap - Klien mengatakan dapat melakukan pergerakan lengan kanan tetapi belum kuat O: - Klien tampak lemah - Klien tampak dapat menggerakkan tangan kanannya - Terdapat luka post <i>Removal Of Implants</i> (ROI) pada lengan bawah kanan - Terdapat nyeri tekan berkurang - Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit - Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun - Klien tampak masih dibantu dalam sebagian aktivitasnya - Skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
				2. Lakukan latihan pergerakan aktif secara bertahap 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 4. Anjurkan keluarga untuk membantu mobilisasi klien	
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	POD II Kamis, 24 Mei 2025 10.05 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: a. Luka tampak dibalut dengan kassa steril dan tidak ada rembesan pada balutan b. Luka tampak basah c. Panjang luka jahitan ± 5 cm d. Warna dasar luka merah e. Tidak ada pus f. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus 2. Memonitor fase penyembuhan luka Hasil: Kemerahan sekitar luka tidak ada, terdapat nyeri tetapi tidak berlebihan, terdapat kemerahan, area sekitar luka tidak hangat, bengkak tidak ada 3. Memberikan obat sesuai terapi dokter yaitu pemberian cefotaxime 2x1 gram vial Hasil: Klien diberikan obat secara intravena cefotaxime 2x1 gr vial 4. Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik Hasil: Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik yang mengambat penyembuhan luka, menutup luka dengan membalut menggunakan kassa steril 5. Melatih dan ajarkan cara perawatan luka di rumah Hasil:	11.05 WIB S: a. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada lengan kanan bawahnya b. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang c. Klien mengatakan luka tampak mulai mengering d. Klien mengatakan akan memonitor dan perawatan luka agar tidak ada tanda infeksi yang muncul O: a. Tampak luka post operasi pada bagian lengan bawah kanan b. Luka tampak dibalut dengan perban c. Panjang luka jahitan ± 5 cm d. Balutan luka tidak ada rembesan e. Tidak ada perdarahan f. Luka tampak kering g. Warna dasar luka merah h. Tidak ada pus i. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus A: Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Klien dan keluarga mengatakan paham serta akan mencoba melakukan perawatan luka secara mandiri di rumah untuk menjaga luka tetap aman dan bersih	2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik 4. Berikan obat antibiotik sesuai terapi medis dokter: cefotaxime 2x1 gr vial 5. Latih dan ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah	
4.	D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi	POD II Kamis, 24 Mei 2025 11.10 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan masih basah 2. Melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi Hasil: Luka operasi klien tampak basah dan belum dibuka jahitan 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi Hasil: Klien dan keluarga paham dan memeriksa luka ketika sedang dilakukan perawatan luka	11. 25 WIB S: a. Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan masih basah b. Klien mengatakan akan memeriksa kondisi luka operasi untuk mendeteksi adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul O: a. Tampak luka terbuka akibat tindakan operasi <i>Removal Of Implants (ROI)</i> pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm b. Luka operasi belum kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Tidak tampak adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul di sekitar luka A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan pemeriksaan kondisi luka operasi 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
1.	D. 0077 Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang	POD III Jumat, 25 Mei 2025 08.10 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 36,5°C SPO2 = 99% 2. Memonitor skala nyeri Hasil: Didapatkan skala nyeri 3 (0-10) 3. Memberikan obat sesuai program terapi dokter yaitu pemberian ketorolac 3x1 ampul Hasil: Klien diberikan obat secara intravena ketorolac 3x1 ampul 4. Melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil: Klien mengatakan otot-otot terasa lebih rileks saat dilakukan pemijatan dan nyeri dirasakan sedikit berkurang 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan terapi relaksasi napas dalam Hasil: Klien dan keluarga mengatakan sudah mencoba melakukan teknik nonfarmakologis yang telah dianjurkan saat nyeri muncul dan dirasakan nyeri berkurang	09.15 WIB S : a. Klien mengatakan nyeri berkurang b. Nyeri pada luka post operasi c. Dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri diperberat saat melakukan pergerakan dan berkurang saat diposisikan anatomis serta saat diberi obat d. Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada daerah luka operasi e. Skala nyeri 4 (0-10) f. Nyeri hilang timbul saat malam hari maupun siang hari g. Klien mengatakan sudah mengerti dan sudah dapat melakukan teknik nonfarmakologis yang sudah diajarkan O: a. Klien tampak meringis b. Terdapat nyeri tekan pada daerah luka operasi c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm e. Luka tampak dibalut dengan perban f. Klien diberi obat analgetik ketorolac 3x1 ampul g. Klien tampak dapat melakukan teknik nonfarmakologis yang telah diajarkan h. TD= 120/81 mmHg N= 80x/menit R= 20x/menit S= 36°C	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
				SPO2= 99% A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri 3. Berikan obat analgetik sesuai dengan terapi dokter: ketorolac 3x1 ampul 4. Berikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri 5. Anjurkan untuk melakukan teknik nonfarmakologis	
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan	POD III Jumat, 25 Mei 2025 09.00 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak lemas dan tampak meringis dan mengatakan nyeri sedikit berkurang ketika mencoba menggerakkan tangan kanannya 2. Melakukan latihan rentang gerak aktif secara bertahap yang mengalami penurunan kekuatan otot Hasil: Klien mengatakan sudah dapat melakukan mobilisasi secara bertahap yaitu dapat menggerakkan pergelangan tangan kanan dan mengepal jari-jari tangan lebih kuat 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan secara mandiri Hasil: Keluarga klien mengatakan membantu klien dalam melakukan mobilisasi dini dalam peningkatan pergerakannya 4. Mengajarkan latihan mobilisasi secara bertahap Hasil: Klien dan keluarga mengatakakan membantu melatih kekakuan sendi agar dapat dilakukan secara maksimal	10.06 WIB S: a. Klien mengatakan masih terdapat keterbatasan dalam melakukan pergerakan karena nyeri sehingga masih kesulitan dalam menjalankan aktivitasnya dan memerlukan bantuan b. Klien mengatakan akan terus mencoba latihan rentang gerak secara bertahap c. Klien mengatakan masih merasakan kekakuan pada sendi d. Klien mengatakan dapat melakukan pergerakan lengan kanan tetapi belum kuat O: a. Klien tampak lemah b. Klien tampak dapat menggerakkan tangan kanannya c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat nyeri tekan berkurang	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
				e. Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 3, terdapat gerakan sedikit f. Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien menurun g. Klien tampak masih dibantu dalam sebagian aktivitasnya h. Skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	
				A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi 2. Lakukan latihan pergerakan aktif secara bertahap 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 4. Anjurkan keluarga untuk membantu mobilisasi klien	
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	POD III Jumat, 25 Mei 2025 10.10 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: a. Luka tampak dibalut dengan kassa steril dan tidak ada rembesan pada balutan b. Luka tampak mulai kering c. Panjang luka jahitan ± 5 cm d. Warna dasar luka merah e. Tidak ada pus f. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus 2. Memonitor fase penyembuhan luka Hasil:	11.05 WIB S: a. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada lengan kanan bawahnya b. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang c. Klien mengatakan luka tampak mulai mengering d. Klien mengatakan akan memonitor dan perawatan luka agar tidak ada tanda infeksi yang muncul O:	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Kemerahan sekitar luka tidak ada, terdapat nyeri tetapi tidak berlebihan, terdapat kemerahan, area sekitar luka tidak hangat, bengkak tidak ada 3. Memberikan obat sesuai terapi dokter yaitu pemberian cefotaxime 2x1 gram vial Hasil: Klien diberikan obat secara intravena cefotaxime 2x1 gr vial 4. Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik Hasil: Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik yang mengambat penyembuhan luka, menutup luka dengan membalut menggunakan kassa steril 5. Melatih dan ajarkan cara perawatan luka di rumah Hasil: Klien dan keluarga mengatakan paham serta akan mencoba melakukan perawatan luka secara mandiri di rumah untuk menjaga luka tetap aman dan bersih	a. Tampak luka post operasi pada bagian lengan bawah kanan b. Luka tampak dibalut dengan perban c. Panjang luka jahitan ± 5 cm d. Balutan luka tidak ada rembesan e. Tidak ada perdarahan f. Luka tampak kering g. Warna dasar luka merah h. Tidak ada pus i. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus A: Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik 4. Berikan obat antibiotik sesuai terapi medis dokter: cefotaxime 2x1 gr vial 5. Latih dan ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah	
4.	D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi	POD III Jumat, 25 Mei 2025 11.10 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan mulai mengering 2. Melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi Hasil: Luka operasi klien tampak mulai kering dan belum dibuka jahitan 3. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi Hasil:	12.05 WIB S: a. Klien mengatakan luka operasi pada bagian lengan bawah kanan mulai kering b. Klien mengatakan akan memeriksa kondisi luka operasi untuk mendeteksi adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Klien dan keluarga paham dan memeriksa luka ketika sedang dilakukan perawatan luka	O: a. Tampak luka terbuka akibat tindakan operasi <i>Removal Of Implante (ROI)</i> pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5 cm b. Luka operasi belum kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Tidak tampak adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul di sekitar luka A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan pemeriksaan kondisi luka operasi 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/Jam	Catatan perkembangan	TTD
1.	D. 0077 Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang	Sabtu, 26 Mei 2025 08.00 WIB	S: a. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang dan klien mampu melakukan terapi nonfarmakologis yang telah diajarkan selama perawatan secara mandiri b. Nyeri pada luka post operasi berkurang c. Dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan diperberat saat melakukan pergerakan yang berlebihan dan berkurang saat diposisikan anatomis serta saat diberi obat d. Pada bagian lengan bawah kanan dan nyeri hanya dirasakan pada daerah luka operasi e. Skala nyeri 4 (0-10) f. Nyeri hilang timbul saat malam hari maupun siang hari O: a. Klien tampak membaik b. Terdapat nyeri tekan pada daerah operasi berkurang c. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada lengan bawah kanan d. Terdapat luka jahitan sepanjang ± 5 cm e. Luka dibalut dengan perban f. Klien tampak mampu melakukan teknik nonfarmakologis g. TD = 120/79 mmHg N = 80x/menit R = 20x/menit S = 37°C SPO2 = 99% A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan	 Karina
2.	D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan	Sabtu, 26 Mei 2025 08.00 WIB	S: a. Klien mengatakan keterbatasan dalam melakukan pergerakan berkurang karena nyeri b. Klien mengatakan sudah dapat melakukan latihan rentang gerak secara mandiri c. Klien mengatakan kekakuan pada sendi berkurang d. Klien mampu melakukan pergerakan pada pergelangan tangan kanan dan mengepal jari-jari tangan lebih kuat O: a. Klien tampak membaik b. Klien tampak dapat melakukan pergerakan secara mandiri c. Klien tampak dapat menggerakkan tangan kanannya	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/Jam	Catatan perkembangan	TTD
			d. Terdapat luka post <i>Removal Of Implante</i> (ROI) pada lengan bawah kanan e. Terdapat nyeri tekan berkurang f. Kekuatan otot klien menurun pada tangan kanan = 4, terdapat gerakan dengan dapat menahan gravitasi dan tahanan g. Rentang gerak (ROM) lengan bawah kanan klien meningkat h. Skala kekuatan otot	
			$\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	
			A: Masalah gangguan mobilitas fiisk teratasi P: Intervensi dihentikan	
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Sabtu, 26 Mei 2025 08.00 WIB	S: a. Klien mengatakan terdapat luka terbuka pada lengan kanan bawahnya b. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang c. Klien mengatakan luka tampak mulai mengering d. Klien mengatakan akan memonitor dan perawatan luka agar tidak ada tanda infeksi yang muncul O: a. Tampak luka post operasi pada bagian lengan bawah kanan b. Panjang luka jahitan ± 5 cm c. Luka tampak kering d. Luka tampak dibalut dengan perban e. Balutan luka tidak ada rembesan f. Tidak ada perdarahan g. Warna dasar luka merah h. Tidak ada pus i. Luka jahitan lengkap, tidak ada yang terputus A: Masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan I: 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik di rumah 4. Berikan obat antibiotik sesuai terapi medis dokter: cefotaxime 2x1 gr vial 5. Lakukan kontrol ke poli ortopedi E: 1. Peningkatan fase penyembuhan luka	 Karina

No	Diagnosis Keperawatan	Hari, tanggal/Jam	Catatan perkembangan	TTD
4.	D.0142 Risiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi	Sabtu, 26 Mei 2025 08.00 WIB	S: a. Klien mengatakan luka operasi mulai mengering pada bagian lengan bawah kanan b. Klien mengatakan memeriksa kondisi luka operasinya untuk mendeteksi adanya tanda dan gejala infeksi di sekitar luka c. Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tanda dan gejala infeksi luka O: a. Tampak luka terbuka akibat tindakan operasi pada bagian lengan bawah kanan dengan panjang ± 5cm b. Luka operasi mulai kering dan belum dibuka jahitan c. Luka operasi tertutup verband d. Tidak tampak adanya tanda dan gejala infeksi yang muncul di sekitar luka A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan I: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan pemeriksaan kondisi luka operasi 3. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik E: 1. Karakteristik luka 2. Tanda dan gejala infeksi	 Karina

B. Pembahasan

Penulis membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn.R dengan *Post Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* sesuai dengan konsep asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama tiga hari pada tanggal 23 Mei 2025 sampai 25 Mei 2025 di Ruang Bougenville Rumah Sakit TK.IV/03.07.04 Guntur. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini, diuraikan sesuai tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Beberapa hal yang menjadi perhatian selama melakukan asuhan keperawatan adalah

persamaan dan perbedaan antara konsep teori dan fakta yang berada di lapangan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Tahap pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan dilakukan berdasarkan pemdekatan sistematis untuk mendapatkan data subjektif dan data objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Penulis tidak menemukan hambatan yang cukup berarti karena klien kooperatif dalam melakukan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.R dengan gangguan sistem muskuloskeletal pada tanggal 23 April 2025, didapatkan data keluhan utama adalah klien mengeluh nyeri luka post *Removal of Implante (ROI)* di bagian lengan bawah kanan. Adapun data nyeri yang didapatkan adalah nyeri luka post operasi seperti ditusuk-tusuk dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan secara anatomis, pada bagian lengan kanan bawah dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi, skala nyeri sedang yaitu skala nyeri 6 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul saat malam hari maupun siang hari. Didapatkan hasil pengkajian lain, klien mengeluh kesulitan dalam melakukan pergerakan pada bagian lengan bawah kanan karena adanya nyeri luka operasi sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas. Berdasarkan

hasil pengkajian, klien juga mengeluh luka operasi basah dan tampak luka jahitan operasi dengan panjang ± 5 cm.

Pengkajian keadaan umum didapatkan bahwa keadaan klien baik dengan kesadaran composmentis dan tanda-tanda vital klien dalam batas normal ditandai dengan tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, saturasi oksigen 99%. Pada pemeriksaan fisik terdapat luk post *Removal Of Implante (ROI)* di bagian lengan bawah kanan, luka tampak dibalut perban steril, panjang luka ± 5 cm, warna dasar luka merah, luka jahitan lengkap tidak ada yang terputus, tidak tampak adanya pus pada tangan kanan, belum terbentuk granulasi jaringan, tepi luka baik, tidak ada eksudat, tidak tampak bengkak pada area sekitar luka. Selain itu, klien juga mengeluh sulit melakukan pergerakan karena nyeri pada luka operasi sehingga aktivitas perlu dibantu dan skala kekuatan otot 3.

Berdasarkan hasil pengkajian riwayat kesehatan dahulu, klien mengatakan pernah masuk rumah sakit 8 bulan yang lalu untuk menjalani prosedur tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* yaitu pemasangan pen pada lengan bawah kanan di salah satu Rumah Sakit di Solo dan dilakukan pemeriksaan rontgen di Rumah Sakit Guntur dan didapatkan hasil penyatuan tulang sudah membaik sehingga perlu dilakukan tindakan selanjutnya yaitu pelepasan pen. Selama perawatan pasca operasi pemasangan pen, klien mengatakan klien menjalani masa pemulihan dengan perawatan luka ke fasilitas kesehatan

dan melakukan fisioterapi untuk mengembalikan fungsi anggota gerak. Klien juga mengatakan sebelum sakit dan dibawa ke rumah sakit klien mengalami patah tulang tertutup karena terjatuh dari tangga rumah.

Nyeri yang dirasakan klien dengan luka post *Removal of Implante* (ROI) merupakan respon inflamasi akibat cedera pada jaringan kulit sehingga terputusnya kontinuitas jaringan. Pada klien cedera disebabkan oleh luka pembedahan yaitu tindakan *Removal of Implante* (ROI). Jaringan tertinuitas ini mempengaruhi zat-zat proteolitik, yang meliputi prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Ketiga zat tersebut akan berikatan dengan reseptor yang akan berikatan dengan substansi peptida. Reseptor nyeri ini akan melekat pada nyeri delta A, kemudian akan melekat pada thalamus melalui traktus spinothalamus akibatnya nyeri dipersepsikan (Dikson M & Afandy SR, 2022).

Tn.R tidak mampu menggerakkan tangan kanannya karena penurunan kekuatan otot akibat jaringan yang terputus menyebabkan tubuh memproduksi zat-zat proteolitik (bradikinin, histamin, prostaglandin, dan substansi P). Zat-zat proteolitik akan mengurangi vasodilatasi pembuluh darah, meningkatkan permeabilitas dan mengakibatkan cairan interstisial bertambah. Kondisi ini dapat mengakibatkan darah bertambah banyak sehingga nutrisi dan oksigen dapat lebih cepat mencapai jaringan, adanya nyeri yang dipersepsikan mengakibatkan keterbatasan dalam pergerakan dan penurunan kualitas otot (Katheline & Hidayat, 2018).

Pasien pasca operasi removal of implant biasanya mengalami nyeri akibat trauma bedah. Nyeri ini sering bersifat sesekali dan terlokalisasi di area bekas operasi. Nyeri dapat muncul terutama saat pasien melakukan gerakan atau aktivitas yang melibatkan area tersebut, karena luka dan jaringan di sekitar implan yang diangkat masih dalam proses penyembuhan. Mengalami penurunan kekuatan otot di ekstremitas yang terdampak. Hal ini disebabkan oleh trauma operasi, imobilisasi selama masa penyembuhan, dan rasa nyeri yang membatasi gerakan. Luka bekas operasi removal of implant menyebabkan kerusakan jaringan akibat adanya luka terbuka pasca operasi (Aisyah & Fauzi, 2022).

Luka operasi post operasi pada lengan bawah kanan dengan panjang sekitar 5 cm dan luka tampak basah merupakan akibat dari trauma bedah dan trauma mekanis. Luka insisi dan kerusakan jaringan termasuk terputusnya ujung saraf memperbesar gangguan integritas jaringan sekitar yang akan terjadi fase inflamasi. Gangguan integritas berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan adanya luka operasi, kerusakan jaringan, keadaan luka pasca operasi (Rusmiyanti, 2022).

Luka terbuka akibat tindakan operasi dengan keadaan luka tampak basah merupakan pintu masuk potensial bagi mikroorganisme sehingga meningkatkan risiko infeksi. Luka insisi termasuk terputusnya ujung saraf memperbesar risiko ini. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka pada tindakan operasi dan potensi masuk kuman

merupakan hal yang berpotensi menyebabkan komplikasi apabila tidak dilakukan perawatan yang tepat (Shabrina et al., 2024).

Berdasarkan hasil pengkajian ini, penulis menunjukkan bahwa terdapat kesesuaian antara teori dan data yang dikumpulkan dari klien selama proses keperawatan dengan adanya keluhan nyeri, keterbatasan dalam pergerakan, adanya luka akibat tindakan operasi bagian lengan bawah kanan menyebabkan gangguan integritas kulit dan jaringan, serta adanya luka jahitan post operasi tampak basah pada bagian lengan bawah kanan klien yang menyebabkan risiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan diagnosis keperawatan yang muncul pada klien Tn. R, penulis menegakkan tiga diagnosa keperawatan pada kasus Tn.R adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang ditandai dengan klien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 6 (0-10)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan klien mengeluh kesulitan dalam pergerakan karena nyeri dan skala kekuatan otot 4
- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan nyeri ditandai dengan adanya luka terbuka pada tangan kanan akibat tindakan operasi

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi ditandai dengan luka operasi basah pada bagian lengan bawah kanan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi adalah:

- a. Nyeri akut
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan
- d. Gangguan pola tidur
- e. Defisit perawatan diri

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca operasi ada lima, namun penulis hanya merumuskan empat masalah yang muncul pada pasien Tn.R. Masalah yang tidak dirumuskan adalah gangguan pola tidur dikarenakan tidak ada data yang mendukung pada gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal yaitu kondisi pasca operasi. Defisit perawatan diri karena klien masih mampu melakukan sebagian besar aktivitas perawatan diri dengan bantuan minimal. Sedangkan empat masalah yang dirumuskan adalah keluhan nyeri, keterbatasan gerak, tampak luka jahitan basah pada lengan bawah kanan dan terdapat luka operasi yang basah. Diagnosa keperawatan ini sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), yang mensyaratkan minimal

80-100% data mayor terpenuhi untuk setiap diagnosa, sehingga diagnosa pada Tn.R sudah tepat dan sesuai teori dan standar tersebut.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Luaran keperawatan diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah (PPNI, 2019). Pada tahapan perencanaan keperawatan, penulis tidak ada hambatan yang berarti dikarenakan adanya partisipasi klien dan keluarga dalam proses asuhan keperawatan yang diberikan.

Upaya yang dilakukan penulis dalam mengatasi nyeri akut dilakukan dengan menetapkan rencana tindakan keperawatan yang berfokus pada penanganan nyeri baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Rencana tindakan keperawatan farmakologis dilakukan dengan pemberian obat analgetik secara intravena (ketorolac 3x1 ampul). Rencana tindakan nonfarmakologis dilakukan dengan melakukan terapi relaksasi nafas dalam. Pemberian terapi relaksasi nafas dalam untuk membantu mengurangi persepsi nyeri melalui mekanisme fisiologis dan psikologis, serta meningkatkan kenyamanan klien tanpa efek samping.

Fokus penulis pada rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yaitu memberikan intervensi terapeutik dengan melakukan latihan rentang gerak secara bertahap. Pada klien dengan post operasi *Removal of Implants* (ROI), latihan rentang gerak dilakukan untuk meningkatkan mobilitas sendi dan fungsi lengan secara keseluruhan, mencegah kekakuan, mempercepat pemulihan fungsi tangan dan lengan tanpa membebani area operasi secara berlebihan.

Upaya penulis selanjutnya untuk mengatasi rencana tindakan keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan yaitu penulis memberikan intervensi perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik untuk menjaga keadaan luka tetap aman dan bersih serta melakukan edukasi tentang tanda-tanda infeksi pada luka serta pemenuhan nutrisi tinggi protein dan mengajarkan perawatan luka di rumah. Rencana tindakan keperawatan ini dilakukan dalam mempercepat proses penyembuhan luka klien.

Upaya penulis dalam mencegah terjadi infeksi pada luka operasi yaitu penulis memberikan penjelasan dalam memeriksa kondisi luka operasi disertai dengan memonitor tanda dan gejala infeksi yang dapat muncul pada area sekitar luka operasi. Rencana tindakan keperawatan ini dilakukan dalam mencegah terjadi tanda dan gejala infeksi pada luka klien.

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan tersebut disusun sesuai masalah keperawatan yang muncul pada Tn.R saat dilakukan

pengkajian. Komponen yang penulis susun dalam menetapkan rencana keperawatan yang akan dilakukan terdiri dari 4 komponen dasar perencanaan keperawatan yaitu tindakan keperawatan mandiri, tindakan keperawatan monitoring, tindakan keperawatan edukasi atau pendidikan kesehatan, dan tindakan keperawatan kolaborasi. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Potter et al., 2020), menyatakan bahwa penyusunan dan penetapan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh seorang perawat harus memperhatikan minimal empat komponen dasar, antara lain: *Nursing Therapeutic Intervention* (tindakan keperawatan mandiri), *Surveillance Nursing Intervention* (tindakan keperawatan monitoring/observasi), *Supportive Educative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan pemberian konseling / pendidikan kesehatan) dan *Collaborative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan kolaborasi).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dan perwujudan yang disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut penulis mengelola klien dalam implementasi masing-masing diagnosa baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lain. Adapun pemecahan masalah tindakan keperawatan yang diberikan yaitu kerja sama dengan keluarga klien sehingga intervensi keperawatan yang telah direncanakan dapat terlaksanakan lebih optimal. Setelah itu,

dilakukan pendokumentasian sehingga penulis dapat mengetahui perkembangan masalah kesehatan klien.

Faktor pendukung dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan pada Tn.R adanya hubungan saling percaya dengan keluarga klien dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Keluarga bersedia dilibatkan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, klien dan keluarga dapat mudah kerja sama dan kooperatif, serta dapat terbuka dalam menyampaikan informasi kepada penulis.

Selama proses asuhan keperawatan, penulis dapat melakukannya secara optimal dalam tahap implementasi keperawatan yang dilakukan. Penulis tidak mendapatkan hambatan karena klien dan keluarga berpartisipasi aktif dalam melaksanakan implementasi keperawatan yang sudah direncanakan.

Penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.R berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada proses keperawatan ini, selama 3x 24 jam penulis mengupayakan untuk mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.R sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan dan disesuaikan dengan kondisi, keadaan, dan kebutuhan pasien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut adalah manajemen nyeri dengan cara memonitor tanda-tanda vital

dan skala nyeri dengan mengidentifikasi nyeri secara kompherensif; memberikan obat analgetik sesuai dengan terapi medis dokter dengan diberikan obat secara intravena yaitu ketorolac 3x1 ampul; melatih terapi non farmakologis dengan pemberian terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri; menjelaskan pada klien dan keluarga tentang manfaat terapi nonfarmakologis yang dianjurkan; mengajarkan terapi nonfarmakologis yang dianjurkan. Implementasi keperawatan ini merupakan tindakan dalam mengurangi intensitas tingkat nyeri klien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan unuk mengatasi gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi dengan memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi; melakukan latihan pergerakan secara bertahap pada daerah yang mengalami keterbatasan pergerakan dari fase awal sampai dengan fase lanjutan; menjelaskan pada klien dan keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi dini dan mengajarkan melakukan prosedur mobilisasi dini sederhana yang dianjurkan. Implementasi keperawatan ini dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot klien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas kulit dan jaringan adalah perawatan luka dengan memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau); memonitor fase penyembuhan pada luka; memberikan obat antibiotik sesuai terapi medis dokter yaitu cefotaxime 2x1 gram vial; melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik, menjelaskan tanda dan gejala

infeksi, menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein; mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri untuk menjaga luka tetap aman dan bersih. Implementasi keperawatan ini dilakukan untuk meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka dengan tindakan perencanaan keperawatan klien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi risiko infeksi adalah pencegahan infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi pada luka operasi, melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi dan melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, menjelaskan tanda dan gejala infeksi serta mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi klien. Implementasi ini dilakukan untuk mencegah komplikasi pada kondisi luka operasi seperti dapat munculnya tanda dan gejala infeksi luka.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap kelima atau tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini membantu untuk menekan adanya perkembangan dari kondisi klien dan untuk mengetahui efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan. Setelah melakukan asuhan keperawatan dengan hasil evaluasi formatif menyatakan bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah klien sedangkan evaluasi sumatif dilakukan pada hari ketiga setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan

didapatkan hasil pada yang sudah penulis tetapkan dapat teratasi sebagian dengan intervensi dipertahankan.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap empat masalah keperawatan yang muncul pada Tn.R didapatkan hasil:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat kontinuitas jaringan kulit dan tulang.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ketiga bahwa hasil evaluasi keperawatan klien menunjukkan nyeri pada luka operasi Removal of Implants (ROI) pada lengan bawah kanan dengan nyeri seperti tertusuk-tusuk berkurang dan nyeri bertambah pada saat melakukan banyak pergerakan dan berkurang saat terdiam, nyeri pada lengan bawah kanan dan hanya terasa pada bagian daerah luka operasi, skala nyeri berkurang menjadi 4, dan nyeri hilang timbul saat malam hari maupun siang hari. Maka berdasarkan hasil evaluasi keperawatan pada nyeri akut dapat teratasi dalam indikator luaran tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil yaitu keluhan nyeri berkurang, tidak tampak meringis, nyeri tekan pada luka operasi berkurang, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 4. Sehingga dapat disimpulkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil yang telah dirumuskan dapat teratasi.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

Diagnosa keperawatan kedua, setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ketiga bahwa hasil evaluasi menunjukkan klien dapat bergerak karena rasa nyeri pada luka post operasi sudah menurun, kekuatan otot 4, gerakan terbatas klien menurun dibuktikan klien dapat melakukan mobilisasi secara sederhana dan secara bertahap yaitu dapat mengangkat tangan kanan, menggerakkan pergelangan tangan kanan dengan sendiri walaupun masih pelan dan dapat mengepal jari-jari tangan lebih kuat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa gangguan mobilitas fisik masalah teratasi dengan kriteria hasil yang dirumuskan dapat tercapai.

c. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

Diagnosa yang ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ketiga bahwa evaluasi setelah dilakukan tindakan perawatan luka didapatkan hasil luka tampak baik, luka tampak kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dengan ditandai tidak ada kemerahan, tidak ada edema, dengan jumlah jahitan lengkap tidak ada yang terputus, balutan perban sudah diganti, pemberian cefotaxime 2x1 gram vial secara intravena. Hal ini dikarenakan proses penyembuhan luka membutuhkan waktu yang relatif lama. Maka dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa keperawatan

gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi sepenuhnya dengan kriteria hasil yang dirumuskan.

- d. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka akibat tindakan operasi

Diagnosa keempat setelah dilakukan tindakan keperawatan pada hari ketiga bahwa evaluasi setelah tindakan keperawatan pencegahan infeksi didapatkan bahwa luka operasi mulai mengering disertai pada pemeriksaan kondisi luka tidak terdapat tanda dan gejala infeksi yang terjadi, jahitan luka belum dibuka panjang luka ± 5 cm tidak terdapat jahitan luka yang terputus. Luka operasi memerlukan perawatan yang tepat sehingga mencegah terjadinya infeksi. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan risiko infeksi belum teratasi sepenuhnya dengan kriteria hasil yang dirumuskan.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah menyelesaikan “Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut”, yang dilaksanakan pada tanggal 23 Mei sampai 25 Mei 2025 dengan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Maka penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Penulis melaksanakan pengkajian secara kompherensif pada Tn.R dengan *Post Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* dengan metode wawancara dan observasi. Penulis mendapatkan data pengkajian keluhan utama adalah klien mengeluh nyeri luka *post Removal of Implante (ROI)* di bagian lengan bawah kanan. Adapun data nyeri yang didapatkan adalah nyeri luka post operasi seperti ditusuk-tusuk dengan dengan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan di tempat tidur dan berkurang saat diposisikan secara anatomis, pada bagian lengan kanan bawah dan nyeri hanya dirasakan pada bagian luka operasi, skala nyeri sedang yaitu skala nyeri 6 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul saat malam hari maupun siang hari. Didapatkan hasil pengkajian lain, klien mengeluh kesulitan dalam melakukan pergerakan

pada bagian lengan bawah kanan karena adanya nyeri luka operasi sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas dan klien juga mengatakan terdapat luka jahitan operasi ± 5 cm disertai luka tampak basah.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon klien terhadap adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Tn.R dengan *Post Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra*, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit dan jaringan serta risiko infeksi.

3. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada Tn.R sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada klien. Penulis menyusun intervensi keperawatan pada klien yang mengacu pada teori yang bersumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, perawatan luka, dan pencegahan infeksi.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan untuk mencapai kriteria hasil yang

diharapkan pada Tn.R berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri masalah keperawatan nyeri akut, dukungan mobilisasi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, perawatan luka untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan, serta pencegahan infeksi untuk mengatasi masalah keperawatan risiko infeksi.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari kepada Tn.R, hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa dari tiga masalah keperawatan terdapat dua masalah keperawatan yang teratasi dan satu masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi. Sementara itu, masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan serta risiko infeksi teratasi sebagian.

B. Rekomendasi

Setelah menyelesaikan “Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: *Post Removal Of Implante (ROI) Close Fracture Radius Ulna Dextra* di Ruang Bougenville Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut”, dengan demikian penulis memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis berharap karya tulis ini dapat memberikan kontribusi dalam mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pelepasan pen pada fraktur. Selama proses penulisan, penulis mengalami kesulitan ketika mencari sumber pustaka terbaru. Oleh karena itu, penulis percaya bahwa perpustakaan dapat menyediakan sumber pustaka yang komprehensif sebagai sarana pembelajaran dan untuk membandingkan fakta di lapangan dengan teori yang ada. Selain itu, diharapkan karya tulis ini dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan selanjutnya dalam upaya mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan di bidang keperawatan.

2. Bagi Perawat dan Institusi Rumah Sakit

Memberikan layanan terbaik kepada klien meliputi pemenuhan kebutuhan fisik serta peningkatan pengetahuan dan keterampilan mereka. Dalam asuhan keperawatan, interaksi terapeutik dan komunikasi yang efektif sangat penting, tidak hanya mengandalkan kekuatan fisik. Setiap proses keperawatan harus dijelaskan dengan jelas kepada klien untuk memperkuat hubungan dan mendukung pencapaian tujuan asuhan. Selain itu, pelaksanaan keperawatan harus selalu berupaya meningkatkan kualitas prosedur yang dilakukan, dengan mengikuti standar operasional.

3. Bagi Klien dan Keluarga

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga dapat terus melakukan perawatan selama di rumah serta keluarga selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada klien untuk terus memperhatikan dalam mempercepat proses penyembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, S. N., & Fauzi, A. (2022). *Nursing Care Management in Postoperative Patients with Implant Removal: A Case Study*. [org/article/nursing-care-postoperative-implant-removal](https://doi.org/10.30605/article/nursing-care-postoperative-implant-removal)
- Andri J., Febriawati, H., Padila., J. H., & Susmita, R. (2015). *Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Post Operasi ROI (Removal Of Implanter) Close Fracture Radius Ulna Dextra*.
- Asikin, M., Nasir, M., Podding, I. T., & Susaldi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. Erlangga.
- Dewi, N. P., Susanti, M., Vani, A. T., Nova, R., Widiastuti, W., & Baiturahmah, U. (2022). Fraktur Mandibula Dextra pada Pasien Kecelakaan Lalu Lintas. *Jurnal Kewarganegaraan*, 6(4), 7093–7099.
- Dikson M, & Afandy SR. (2022). *Hubungan Antara Nyeri dengan Kecemasan pada Post Operasi di Ruang Dahlia RSUD dr. T.C Hiller Maumere*. 6(2).
- Ekaputri, M., Susanto, G., Paryono, Kusumaningtiyas, D. P. H., Aisyah, Al Farisi, M. F., Naryati, Nur, S., & Kosim, M. Y. (2024). Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi dan Evaluasi. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Gupta, J., Joshi, G., & Mirchandani, N. (2024). *Indications , outcomes , and complications of orthopaedic implant removal : a prospective observational study*. 10(6), 1312–1318.
- Issayidah, U., & Azmi, M. (2025). *Referat Radiology Emergency : Fraktur Regio Thorak*. 3(3).
- Katheline, & Hidayat, R. (2018). Buku Referensi Imunitas & Inflamasi. *CV Haif Mediasiana*, 1–154.
- Kawiyana, I., Astawa, P., Ridia, K., Dusak, I., Suyasa, I., Karna, M., & Aryana, I. (2020). Buku Panduan Orthopedi Traumatologi. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 7, Issue 2).
- Lidya, S. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Penerapan Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Femur Post Orif Di Ruang Bedah Trauma Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024. *Repo.Stikesalifah.Ac.Id*.
- Mardiana, M. (2024). *Penerapan Kompres Dingin dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Nyeri pada Pasien Post ORIF Fraktur Clavikula di Ruang Melati 2 RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten*.
- Noviyani, P. S. R. E. P. (2023). Manajemen Pasca Bedah pada Kasus Open Fraktur Segmental Crusis: Case Report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(4), 1275--1289.
https://www.researchgate.net/publication/381100251_Hubungan_Motivasi_I

bu Dukungan Keluarga Dan Peran Bidan Terhadap Kunjungan Nifas di Puskemas Maripari Kabupaten Garut Tahun 2023

- Polda, T. J. N. (2024). *Data Kecelakaan Lalu Lintas Polda Jawa Barat Tahun 2024*. <https://tribratanews.jabar.polri.go.id/polda-jabar-sukses-turunkan-angka-kecelakaan-lalu-lintas-di-tahun-2024/%0A>
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). Proses Keperawatan: Pendekatan Teori dan Praktek. In *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical* (Vol. 44, Issue 8). <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Potter, P. A., Perry, A. G., A, P., Stockert, & Hall, A. (2020). *Fundamental of Nursing Vol 1-9tn Indonesian Edition*. <https://books.google.co.id/books?id=u-z3DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- PPNI, T. P. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Prabowo, A. A. A. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Post Remove of Inplate Fraktur Tibia di RSUD Sukoharjo*. <https://eprints.ums.ac.id/archive/etd/33921/4/%0A>
- Rusmiyanti. (2022). Konsep Risiko Gangguan Integritas Kulit. *Konsep Risiko Gangguan Integritas Kulit, April*, 5–24.
- Shabrina, A., Lubis, P., & Wintoko, R. (2024). *Helmi Ismunandar, Indri Windarti | Infeksi Daerah Operasi Medula | Volume 14| Nomor 2 | Februari. 14(Cdc)*, 213.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC*.
- Tarwono, W. (2020). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan Edisi 4*. Jakarta Selatan: Salemba Medika. *Program Studi Diploma Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Zefrianto, D., Sari, S. A., Inayati, A., Dharma, A. K., & Metro, W. (2024). Implementation of Benson'S Relaxation To the Post Surgery Post Fracture Patients in the Special Surgery Room General Hospital Ahmad Yani Metro City in 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(2).

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN PASCA OPERASI

A. Pengantar

Pokok Bahasan	:	Perawatan Pasca Operasi
Sub Pokok Bahasan	:	Pengenalan Perawatan Pasca Operasi dengan Latihan Rentang Gerak (ROM) dan Perawatan Luka Operasi
Hari, Tanggal	:	Rabu, 23 April 2025
Waktu	:	08.00 WIB s/d selesai
Tempat	:	Ruang Bougenville 2 Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut
Pemateri	:	Karina Sukmawati

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan klien dan keluarga klien mampu mengetahui dan mampu meningkatkan pentingnya mengenal perawatan pasca operasi

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan perawatan pasca operasi dengan latihan rentang gerak (ROM) dan perawatan luka selama 40 menit diharapkan Tn.R dan keluarga mampu:

- a. Menjelaskan tentang pengertian perawatan pasca operasi
- b. Menyebutkan tujuan perawatan pasca operasi

- c. Menjelaskan cara melakukan latihan rentang gerak (ROM)
- d. Menjelaskan cara perawatan luka

C. Materi

Terlampir

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

E. Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Penyuluhan	Respon Peserta
1.	Pembukaan (5 menit)	1. Memberi salam 2. Perkenalan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan manfaat materi yang disampaikan 5. Menyebutkan materi yang akan diberikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyajian (30 menit)	Menjelaskan materi penyuluhan secara sistematis 1. Pengertian perawatan pasca operasi 2. Tujuan perawatan pasca operasi 3. Cara latihan rentang gerak 4. Cara perawatan luka	Menyimak, mendengarkan dengan baik dan dapat mengajukan pertanyaan
3.	Penutup (5 menit)	1. Menyimpulkan materi yang sudah disampaikan 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	Mendengarkan, mengajukan pertanyaan, menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktural

Sasaran bersedia untuk dilaksanakan penyuluhan sesuai waktu yang telah direncanakan.

2. Evaluasi proses

- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Peserta mengikuti jalannya penyuluhan
- c. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi hasil

- a. Peserta dapat menjelaskan tentang pengertian perawatan pasca operasi
- b. Peserta dapat menyebutkan tujuan perawatan pasca operasi
- c. Peserta dapat menjelaskan cara melakukan latihan rentang gerak
- e. Peserta dapat menjelaskan cara perawatan luka pasca operasi

Lampiran Materi

A. Pengertian

Perawatan pasca operasi adalah serangkaian tindakan yang dilakukan setelah prosedur bedah untuk memastikan pemulihan yang aman dan efektif bagi pasien. Proses ini dimulai segera setelah operasi selesai dan berlanjut hingga pulih sepenuhnya. Perawatan pasca operasi mencakup berbagai aspek khususnya mengenai latihan rentang gerak dan perawatan luka.

Menurut Potter dan Perry (2005) latihan rentang gerak (ROM) adalah teknik yang digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot serta meningkatkan tingkat kesempurnaan kemampuan persendian secara bertahap.

Menurut PPNI (2021) Perawatan luka adalah proses yang melibatkan identifikasi kondisi luka secara tepat, kemudian melakukan langkah-langkah yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka sekaligus mencegah terjadinya komplikasi yang dapat memperburuk kondisi luka tersebut.

B. Tujuan

1. Mencegah komplikasi, salah satu tujuan utama perawatan pasca operasi adalah untuk mencegah komplikasi setelah prosedur bedah. Pemantauan yang ketat dan tindakan pencegahan yang tepat dapat membantu mengurangi komplikasi.
2. Mempercepat proses penyembuhan, yaitu dengan perawatan yang baik dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Ini mencakup perawatan luka yang tepat, nutrisi yang baik, dan latihan fisik yang sesuai untuk menjaga sirkulasi darah dan kekuatan otot.

3. Meningkatkan Kualitas Hidup, dengan tujuan akhir dari perawatan pasca operasi adalah untuk membantu pasien mencapai pemulihan yang optimal dan kembali ke kehidupan normal mereka.

C. Cara Latihan Rentang Gerak (ROM)

Jenis latihan rentang gerak ada dua, yaitu ROM pasif (dilakukan dengan bantuan orang lain) dan ROM aktif (dilakukan secara mandiri). Cara melakukan latihan dengan melakukan gerakan perlahan, mengulang setiap gerakan 5-10 kali, dan menghentikan gerakan apabila kesakitan.

1. Latihan pada leher
 - a. Tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegak
 - b. Tekuk leher ke samping kanan dan kiri
 - c. Palingkan wajah ke kiri dan kanan
2. Latihan pada bahu
 - a. Angkat dan turunkan bahu
 - b. Angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula
 - c. Angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula
3. Latihan pada siku
 - a. Gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula

- b. Putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap bawah
- 4. Latihan pada pergelangan tangan
 - a. Tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan lalu tekuk ke atas
 - b. Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking
 - c. Putar pergelangan tangan
- 5. Latihan pada jari-jari tangan : kepalkan jari dan luruskan seperti semula
- 6. Latihan pada lutut
 - a. Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula
 - b. Gerakan kaki ke samping menjauhi tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya
 - c. Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh
- 7. Latihan pada pergelangan kaki
 - a. Gerakkan telapak kaki ke atas, lalu ke posisi semula
 - b. Putar telapak kaki ke luar, lalu ke dalam
- 8. Latihan pada jari-jari kaki
 - a. Gerakkan jari ke atas dan ke bawah
 - b. Luruskan jari-jari kaki lalu rapatkan seperti semula

D. Perawatan Luka

Setelah operasi, penting menjaga kebersihan dan merawat luka dengan benar, namun perlu diketahui tanda dan gejala infeksi yang dapat terjadi pada luka operasi, yaitu:

1. Dolor (nyeri) adalah rasa nyeri, nyeri berlebihan atau bertambah parah di sekitar luka
2. Kalor (panas) adalah area luka terasa hangat/panas karena aliran darah meningkat
3. Tumor (bengkak) adalah bengkak di sekitar luka karena cairan atau sel radang berkumpul
4. Rubor (kemerahan) adalah warna kemerahan di sekitar luka akibat aliran darah meningkat
5. Fungsi laesa adalah luka sulit digerakkan, terasa nyeri saat digunakan, atau tidak sembuh-sembuh.

Cara perawatan luka pasca operasi adalah sebagai berikut

1. Cuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah tindakan

Cara melakukannya adalah dengan 6 langkah cuci tangan selama minimal 20 detik dengan menggunakan antiseptik sedangkan 60 detik dengan menggunakan sabun dan air mengalir. Pastikan untuk membersihkan semua bagian tangan, termasuk sela-sela jari sampai pergelangan tangan.

2. Pasang sarung tangan bersih, memakai sarung tangan bersih digunakan saat menyiapkan alat dan bahan, sedangkan sarung tangan steril wajib dipakai saat menyentuh luka langsung untuk menjaga kebersihan luka.
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan agar tidak merusak jaringan baru yang sedang tumbuh atau menyebabkan rasa sakit berlebih.
4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, pembersihan ini menggunakan sarung tangan steril dan membersihkan kulit di sekitar luka dengan larutan NaCl 0,9% digunakan untuk membersihkan luka tanpa merusak jaringan.
5. Bersihkan jaringan nekrotik, jika ada. Jaringan nekrotik adalah jaringan mati yang tidak dapat berfungsi serta menghambat proses penyembuhan. Bersihkan jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0.9%.
6. Berikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, jika perlu. Digunakan berdasarkan jenis dan kondisi luka untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah infeksi. Selalu konsultasikan sebelum menggunakan produk apapun pada luka.
7. Pasang balutan sesuai jenis luka, gunakan kassa steril saat mengganti perban membantu melindungi luka dari kuman dan kotoran. Pastikan kasa yang digunakan bersih dan belum terpakai. Jangan menyentuh luka dengan tangan langsung untuk mencegah bakteri masuk ke dalam luka.

Memenuhi kebutuhan nutrisi yang baik pasca operasi sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan dan mempercepat pemulihan luka operasi. Zat gizi yang dibutuhkan antara lain:

1. Protein sangat penting untuk pembentukan jaringan baru dan memperbaiki jaringan yang rusak setelah operasi. Sumber makanan mengandung protein, yaitu ikan, ayam, telur, tempe dan tahu.
2. Vitamin C berperan penting dalam meningkatkan daya tahan tubuh, membantu melawan infeksi. Sumber makanan berupa jeruk, kiwi, tomat dan brokoli.
3. Vitamin A Vitamin A penting untuk membantu dalam penyembuhan luka dan menjaga kesehatan kulit. Sumber makanan berupa wortel, hati ayam, sayur hijau.
4. Zinc berperan dalam membantu dalam proses penyembuhan luka dan mengurangi risiko infeksi. Sumber makanan berupa daging sapi, biji-bijian seperti biji labu dan biji chia, yang juga mengandung serat dan seafood terutama tiram.
5. Zat besi, pada kekurangan zat besi dapat menyebabkan anemia, yang dapat memperlambat proses penyembuhan. Sumber makanan berupa hati, daging merah, bayam/sayuran hijau
6. Air Air sangat penting untuk mencegah dehidrasi dan membantu proses metabolisme dan mendukung fungsi tubuh yang optimal. Air putih disarankan untuk minum minimal 8 gelas air per hari.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. (2011). Pedoman Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman Perawatan Luka.

Retrieved from (<http://gizi.kemkes.go.id/>)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman Gizi Seimbang.

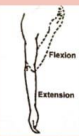
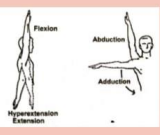
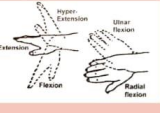
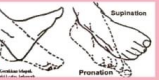
Retrieved from (<http://gizi.kemkes.go.id/>)

PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Edisi 1.

Jakarta: DPP PPNI

Ramadani, A. (2020). *Range Of Motion (ROM)*.

Lampiran II Leaflet Perawatan Pasca Operasi

PERAWATAN PASCA OPERASI Perawatan Luka tindakan untuk mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka Tanda dan Gejala Infeksi 1. Nyeri berlebihan sekitar luka 2. Luka terasa hangat atau panas 3. Bengkak sekitar luka 4. Luka berwarna kemerahan 5. Area sekitar luka sulit digerakkan Nutrisi Penting untuk Penyembuhan Luka Protein Telur, ikan, ayam, tempe Vitamin C Jeruk, brokoli, tomat Vitamin A Wortel, bayam, hati Zinc & Zat Besi Daging merah, seafood Air putih 8-10 gelas per hari	Cara Perawatan Luka 1. Cuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah tindakan 2. Pasang sarung tangan bersih 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 0,9% 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Berikan salep sesuai dengan kondisi luka 7. Pasang balutan sesuai jenis luka Lakukan perawatan yang tepat dan latihan yang konsisten untuk menuju kesehatan yang optimal	 STIKes Karsa Husada Garut D III Keperawatan Karina Sukmawati KHGA22071 PERAWATAN PASCA OPERASI Latihan Rentang Gerak dan Perawatan Luka mencegah komplikasi, mempercepat proses penyembuhan, meningkatkan kualitas hidup 
PERAWATAN PASCA OPERASI Latihan Rentang Gerak latihan berupa gerakan pada persendian untuk meningkatkan kekuatan otot secara bertahap Jenis Latihan Rentang Gerak (ROM) ROM Pasif Latihan kekuatan otot dengan bantuan orang lain ROM Aktif Latihan kekuatan otot secara mandiri Lakukan latihan rentang gerak dengan: • Lakukan secara perlahan • Mengulang setiap gerakan 5-10 kali • Hentikan gerakan apabila kesakitan	Langkah-Langkah Latihan Rentang Gerak (ROM)  Latihan pada leher 1. Tekuk leher ke depan sampai dagu menyentuh dada, lalu kembali tegak 2. Tekuk leher ke samping kanan dan kiri 3. Putar wajah ke kiri dan kanan  Latihan pada Siku Gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali  Latihan pada Bahu 1. Angkat dan turunkan bahu 2. Angkat lengan ke atas dan ke samping  Latihan pada Pergelangan Tangan 1. Tekuk telapak tangan ke bawah, lalu ke atas 2. Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking 3. Putar pergelangan tangan	Langkah-Langkah Latihan Rentang Gerak (ROM)  Latihan pada Jari Tangan Kepalkan jari dan luruskan seperti semula  Latihan pada Lutut 1. Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut 2. Gerakkan kaki ke samping 3. Putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh  Latihan pada Pergelangan Kaki 1. Gerakkan telapak kaki ke atas dan bawah 2. Putar ke luar dan dalam  Latihan pada Jari Kaki 1. Gerakkan ke atas dan ke bawah 2. Luruskan dan rapatkan

Lampiran III Lembar Bimbingan

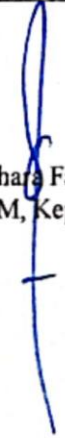
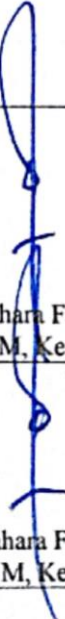
LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: POST REMOVAL OF IMPLANTE (ROI) CLOSE FRACTURE RADIUS ULNA DEXTRA DI RUANG BOUGENVILLE RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

NAMA : KARINA SUKMAWATI

NIM : KHGA22071

NAMA PEMBIMBING : H. ZAHARA FARHAN, S.KEP., NERS., M.KEP

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Selasa, 10 Juni 2025	BAB III	1. Perbaiki teknik penulisan 2. Lengkapi data dan hasil pengkajian sesuai dengan kasus 3. Perbaiki penulisan tabel 4. Perbaiki penulisan analisa data 5. Perbaiki redaksi rumusan diagnosa keperawatan 6. Intervensi harus mengacu pada pemenuhan KDM klien 7. Perbaiki redaksi kalimat intervensi 8. Kriteria hasil disesuaikan dengan kondisi klien 9. Perbaiki redaksi dan substansi pembahasan dengan mengacu pada unsur FTO (Fakta, Teori dan Opini) 10. Mulai susun BAB I	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
2.	Jum'at, 13 Juni 2025	BAB III	1. BAB III ACC 2. Mulai susun BAB I dan BAB II	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
3.	Kamis, 19 Juni 2025	BAB I dan BAB II	1. BAB I ACC 2. BAB II ACC 3. Susun BAB IV	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep

4.	Senin, 23 Juni 2025	BAB IV	1. Perbaiki teknik penulisan BAB IV 2. Simpulan harus mengacu kepada tujuan 3. Persingkat dan perjas pengambilan simpulan	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
5.	Rabu, 25 Juni 2025	BAB IV	1. BAB IV ACC 2. Susun Abstrak 3. Susun draft KTI	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
6.	Senin, 30 Juni 2025	Abstrak	1. Abstrak harus mengandung IMRAD 2. Perbaiki redaksi atau substansi abstrak	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
7.	Selasa, 01 Juli 2025	Abstrak	1. Abstrak ACC 2. Susun draf KTI lengkap	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep
8.	Rabu, 02 Juni 2025	Draf KTI lengkap	1. ACC ujian sidang KTI 2. Persiapkan ujian sidang KTI	 Karina Sukmawati	 H. Zahara Farhan, M. Kep

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Karina Sukmawati
NIM : KHGA22071
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 26 Januari 2003
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Kp. Bebedahan Des. Wanamekar Kec.
Wanaraja Kab. Garut

B. Riwayat Pendidikan

1. TK RA Nabila Azzahra Tahun 2008-2009
2. SDN 03 Wanaraja Tahun 2009-2015
3. SMPN 01 Wanaraja Tahun 2015-2018
4. SMKN 4 Garut Tahun 2018-2022
5. Mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022-sekarang