

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN DIAGNOSA  
POST OP ORIF FIBULA DEXTRA HARI KE-2 DI RUANG  
BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Ida Muji Lestari**  
**NIM. 40902000105**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN DIAGNOSA  
POST OP ORIF FIBULA DEXTRA HARI KE-2 DI RUANG  
BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Ida Muji Lestari  
NIM. 40902000105**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang .

Semarang, 19 Mei 2023



Ida Muji Lestari  
NIM. 40902000105

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN DIAGNOSA *POST OP*  
*FIBULA DEXTRA* DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :  
Nama : **Ida Muji Lestari**  
NIM : **40902000105**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk  
dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis  
Tanggal : 04 Mei 2023

Pembimbing



Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep  
NIDP. 06-2005-7604

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipermudahkan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Rabu Tanggal 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

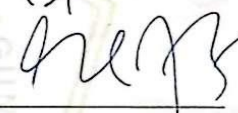
Penguji I,

Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB  
NIDN. 06-1306-7403



Penguji II,

Dr. Ns. Dwi Retno S., M.Kep. Sp.Kep.MB  
NIDN. 06-0203-7603



Penguji III,

Ns. Erna Melastuti M.Kep  
NIDN. 06-2005-7604



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.  
NIDN. 062.208.7403

## MOTTO

*Jika kamu berbuat baik kepada orang lain (berarti) kamu berbuat baik pada dirimu sendiri...*

-QS. Al-Isra' : 7-

*“Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras. Tidak ada keberhasilan tanpa kebersamaan. Tidak ada kemudahan tanpa doa”*

(Ridwan Kamil)



## HALAMAN PERSEMBAHAN

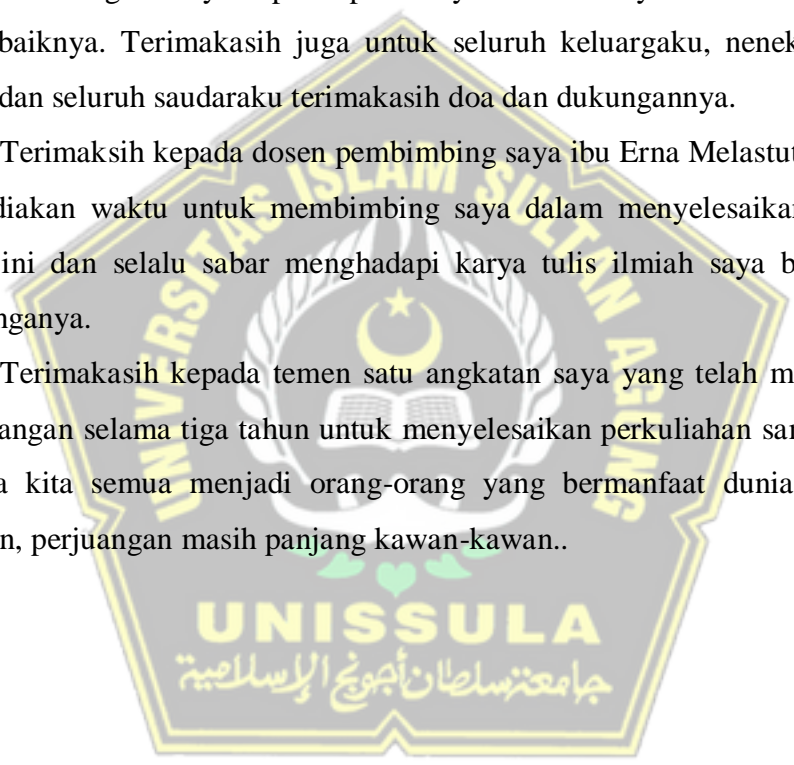
Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan kepada :

Allah SWT pencipta semesta alam yang telah memberi hidup dan berkah dan rizki-nya.

Terimakasih kepada Bapak dan Ibu saya yang paling saya sayangi yang selalu mendoakan dan memberi dukungan secara tulus. Karena dengan doa restu dari kedua orang tua saya dapat dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Terimakasih juga untuk seluruh keluargaku, nenek dan kakak-kakak, dan seluruh saudaraku terimakasih doa dan dukungannya.

Terimakasih kepada dosen pembimbing saya ibu Erna Melastuti yang selalu menyediakan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dan selalu sabar menghadapi karya tulis ilmiah saya banyak sekali kekurangannya.

Terimakasih kepada teman satu angkatan saya yang telah menjadi teman seperjuangan selama tiga tahun untuk menyelesaikan perkuliahan sampai saat ini. Semoga kita semua menjadi orang-orang yang bermanfaat dunia dan akhirat aaminnn, perjuangan masih panjang kawan-kawan..



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr. Wb*

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan post Op fibula dextra Di Ruang Baitul Izzah 1 Rsi Sultan Agung Semarang”. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan kesehatan dan Rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Gunarto S.h., Mhum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Iwan Ardian SKM, M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep. Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
5. Ns. Erna Melastuti, M.Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing memberikan masukan, memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu, nasehat dan bimbingan yang diberikan selama proses studi
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Khususnya ruang Baitussalam 1 selaku pembimbing lahan dan lahan praktek
8. Tn. M sekeluarga sebagai obyek penulis dalam pelaksanaan studi kasus



9. Ayah, ibu dan kakak yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan doa yang tiada hentinya, dan sudah mendukung dengan memberikan materil maupun non materil
10. Kepada temen-temen saya terimakasih atas bantuan kalian dan sudah meNjadi temen yang selalu memberikan motivasi dan semngat

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Namun demikian, penulis selalu berusaha untuk memberikan yang terbaik. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.



Semarang, 19 Mei 2023

Penyusun

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
MOTTO.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Studi Kasus .....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat .....	4
BAB II KONSEP DASAR .....	5
A. Konsep Dasar Penyakit .....	5
1. Pengertian.....	5
2. Jenis-jenis/Klasifikasi Fraktur.....	5
3. Etiologi .....	6
4. Patofisiologi .....	6

5. Manifestasi Klinis .....	7
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	7
7. Komplikasi .....	8
8. Penatalaksanaan Medis.....	9
9. Penatalaksanaan Keperawatan .....	11
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	13
1. Pengkajian .....	13
2. Diagnosa Keperawatan.....	18
C. Pathways.....	22
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN .....	23
A. Pengkajian Keperawatan.....	23
1. Data umum .....	23
2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus) .....	25
3. Pemeriksaan Fisik ( <i>Head To Toe</i> ) .....	29
4. Data Penunjang .....	29
B. Analisa Data .....	30
C. Planning/intervensi.....	31
D. Implementasi .....	32
E. Evaluasi.....	35
BAB IV PEMBAHASAN .....	39
A. Pengkajian.....	39
B. Diagnosa keperawatan .....	39

BAB V PENUTUP .....	45
A. Simpulan .....	45
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA .....	48
LAMPIRAN .....	50



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Parhways .....	22
Gambar 3.1. Genogram.....	25



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat keterangan konsultasi
- Lampiran 2. Lembar konsultasi bimbingan KTI
- Lampiran 3. Asuhan keperawatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Fraktur fibula dextra adalah Fraktur fibula kanan yang terjadi ketika tulang tibia dan fibula terpisah akibat pukulan langsung, jatuh, atau gerakan memutar yang kuat. Dalam situasi ini, tulang rapuh tetapi cukup kuat untuk hidup, tetapi jika tekanan eksternal lebih dari yang dapat ditahan tulang, ini dapat menyebabkan stres. Patah tulang dapat merusak jaringan otot, saraf, dan pembuluh darah di sekitarnya. pada tulang yang mengakibatkan kerusakan atau terputusnya kelangsungan tulang (Manurung et al., 2020)

Prevalensi penyakit fraktur menurut Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2020 menyatakan bahwa insiden fraktur semakin meningkat, tercatat fraktur pada tahun 2019 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% dan pada tahun 2020 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prDengan 1,3 juta kejadian patah tulang setiap tahunnya, Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara. Sedangkan patah tulang lainnya merupakan sekitar 45,2% dari 45.987 orang dengan kasus patah tulang ekstremitas bawah terkait kecelakaan lalu lintas, fraktur ekstremitas bawah memiliki prevalensi tertinggi.evalensi 4,2% akibat kecelakaan lalu lintas (Fitamania et al., 2022). Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis. Menurut data kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% Kemenkes RI (2019). Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kejadian fraktur terbanyak sebesar 1,3 juta setiap tahunnya. Fraktur pada ekstremitas bawah akibat dari kecelakaan lalu lintas memiliki prevalensi paling tinggi dimana fraktur lainnya yaitu sekitar 45,2% dari 45.987 orang dengan kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan lalu lintas (Kusumawardani et al., 2015).

Kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian teratas pada orang usia 15-29 tahun dan merupakan penyebab kematian nomor delapan di dunia, Terdapat 124 juta orang yang meninggal dunia disebabkan oleh kecelakaan lalulintas setiap tahunnya (Desiartama & Aryana, 2017). Dalam data Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) tahun 2018, dari 264 juta penduduk Indonesia, 72,7% kecelakaan lalu lintas yang melibatkan sepeda motor terjadi pada tahun 2018. Fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan merupakan penyebab terbanyak fraktur kasus di Indonesia; Dari 45.987 orang yang mengalami patah tulang ekstremitas bawah karena kecelakaan, 19.629 orang mengalami patah tulang femur, 14.027 orang mengalami patah tulang cruris, 3.775 orang mengalami patah tulang tibia, 9.702 orang mengalami patah tulang kecil di kaki, dan 336 orang mengalami patah tulang fibula. Gumpalan darah akan terbentuk di pembuluh darah jika hal ini diabaikan (Manurung et al., 2020).

Penatalaksanaan Open Reduction Internal Fixation (ORIF) adalah sebuah prosedur bedah medis, yang tindakannya mengacu pada operasi terbuka untuk mengatur tulang, seperti yang diperlukan untuk beberapa patah tulang, fiksasi internal mengacu pada fiksasi sekrup dan piring untuk mengaktifkan atau memfasilitasi penyembuhan (Kristanto, 2016).

Masalah keperawatan yang umum muncul pada pasien post op fraktur esktermitas bawah yaitu nyeri akut Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif, 2012). Nyeri merupakan gejala paling sering ditemukan pada gangguan muskuloskeletal. Nyeri pada penderita fraktur bersifat tajam dan menusuk. Nyeri tajam juga bisa ditimbulkan oleh infeksi tulang akibat spasme otot atau penekanan pada saraf sensoris. Untuk mengurangi nyeri, diperlukan tindakan manajemen nyeri farmakologi dan non-farmakologi Manajemen nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri. Salah satu teknik non



farmakologi adalah teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi. Menurut (Brunner, 2013)

Maka penulis tertarik untuk memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi fraktur fibula dextra karena teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu mengurangi dan mengontrol nyeri pada pasien dan teknik relaksasi nafas dalam dapat dipraktekkan dan tidak menimbulkan efek samping. Menurut penelitian dari Ayudianingsih, (2009) bahwa 60% sampai 70% pasien dengan ketegangan nyeri dapat mengurangi nyerinya minimal 50% dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Wahyu Saputro, 2018).

Peran perawat dalam mengenai pasien fraktur fibula dextra yaitu dengan pemberian asuhan keperawatan dalam membantu dan mengatasi nyeri yang dirasakan pasien dengan dilakukannya terapi teknik farmakologis dan non farmakologis untuk mengatasi nyerinya. Terapi non farmakologis pada pasien fraktur fibula dextra salah satunya adalah teknik relaksasi nafas dalam, karena dapat merelaksasikan jaringan otot yang melekat pada tulang manusia yang mengalami spasme sehingga dapat meningkatkan relaksasi otot (Ramadhani et al., 2019). Sehubungan dengan latar belakang ini penulis mengambil topik dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Tn. M dengan post operasi fraktur fibula dextra di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang”.

## **B. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis Karya Tulis Ilmiah ini yaitu untuk mengetahui dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan fraktur fibula dextra.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui konsep dasar penyakit fraktur fibula dextra meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis, pathways.

- b. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.
- c. Menentukan intervensi keperawatan pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.
- d. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.
- e. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.
- f. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.
- g. Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien post op fraktur fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.

### **C. Manfaat**

#### **1. Bagi Penulis**

Untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan bagi pasien dengan post op fraktur fibula dextra.

#### **2. Bagi Masyarakat**

Dapat digunakan sebagai bahan untuk menambah pengetahuan dan informasi tentang bagaimana cara menyikapi penyakit terjadinya fraktur

#### **3. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan**

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai informasi dan masukan bagi perawat dalam menangani pasien dengan kasus fraktur fibula dextra sehingga perawat dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan lebih proaktif.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

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

Fraktur adalah keadaan patofisiologis yang diakibatkan oleh trauma, tekanan atau faktor lain yang mempengaruhi fisiologi tulang (Pelawi & Purba, 2019). Biasanya, patah tulang digambarkan sebagai patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau kelemahan fisik. Berbeda dengan banyaknya retakan yang sering terjadi, patahan yang terjadi lebih meluas dan fragmen pada tulang mengalami pergeseran. Berdasarkan definisi istilah fraktur, ada dua jenis yaitu fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup biasanya terjadi bila patahan tulang tidak menyebabkan kulit erupsi, tetapi fraktur terbuka biasa terjadi bila patahan yang menyebabkan kulit erupsi terjadi (Pelawi & Purba, 2019).

##### **2. Jenis-jenis/Klasifikasi Fraktur**

Menurut (Ramadhani et al., 2019). Ada tiga kategori fraktur yaitu:

- a. Fraktur tertutup fraktur tertutup adalah jenis fraktur dimana bagian tulang yang patah tidak terkena dengan bagian luar permukaan kulit.
- b. Fraktur terbuka fraktur terbuka adalah jenis kondisi patah tulang tertentu dimana terjadi pendarahan dan luka yang banyak di sekitarnya, sehingga menyebabkan kantong tulang tersebut berhubungan dengan udara luar. Walaupun tidak semua fraktur terbuka menyebabkan tulang yang bersangkutan menjadi menonjol keluar. Fraktur terbuka membutuhkan pertolongan cepat sebagai akibat dari infeksi yang sedang berlangsung dan faktor penyulit dari faktor lainnya.

- c. Fraktur kompleksitas Fraktur jenis ini terjadi pada dua kejadian yaitu pada bagian ekstremitas dimana terlihat patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

### 3. Etiologi

Patah tulang fibula dextra atau patah tulang dapat diakibatkan oleh beberapa hal, seperti trauma, stress, dan melemahnya tulang akibat anomali fraktur patologis tersebut (Kusumawardani et al., 2015). penyebab terjadinya fraktur adalah :

- a. Cedera langsung patah tulang akibat kekerasan.
- b. Cedera langsung ketika kekuatan trauma dipindahkan melalui sumbu tulang kelokasi lain, fraktur yang tidak terbentuk pada tulang yang terkena (di tempat lain) akan terjadi.
- c. Patah tulang gangguan psikologis disebabkan oleh kelainan tulang degeneratis dan kanker.

### 4. Patofisiologi

Patofisiologi tingkat keseriusan fraktur bergantung pada penyebab fraktur, Jika patah tulang baru saja melewati ambang patah tulang, kemungkinan akan mengakibatkan patah tulang, menurut patofisiologi tingkat keparahan patah tulang. Otot yang menghubungkan ke tulang dapat robek saat patah tulang terjadi jika sumber patah tulang adalah sesuatu yang parah, seperti kecelakaan sepeda motor yang serius. Otot mungkin mengalami kejang dan menarik potongan fraktur keluar. Bahkan ketika bagian proksimal tulang yang hancur masih berada di tempatnya, otot-otot besar mampu menghasilkan kejang yang kuat yang dapat menggeser tulang yang lebih besar seperti tulang paha. Pergerakan fragmen, pelampiasan pada segmen tulang lain, dan rotasi semuanya dimungkinkan. Patah tulang, baik terbuka maupun tertutup, bisa terasa sakit, Reaksi yang terjadi adalah kerusakan otot yang melekat pada tulang (Wijonarko & Jaya Putra, 2023).

## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut (Morohashi et al., 2023) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

- a. Komponen yang tidak dapat digunakan cenderung bergerak secara spontan (gerak luar biasa ) untuk membuka fraktur; jika tidak, tetap kaku seperti biasa. Membandingkan lengan atau tungkai yang patah dengan ekstremitas normal akan mengungkapkan adanya pergeseran fragmen yang mengakibatkan kelainan bentuk ekstremitas yang terlihat atau teraba. Ekstremitas tidak dapat berfungsi secara normal karena tempat perlekatan otot yang sehat diperlukan untuk aktivitas otot yang sehat.
- b. Pada tulang yang panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat pada atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 inchi).
- c. Ketika ekstremitas diperiksa dengan tangan, akan terlihat tulang yang berderek, yang dikenal sebagai krepitus, yang disebabkan oleh gesekan antar fragmen tulang (tes krepitus dapat menyebabkan kerusakan jaringan lunak yang lebih parah)
- d. Stress dan pendarahan yang menyertai fraktur dapat menyebabkan pembengkakan lokal dan perubahan warna kulit. Hanya beberapa jam atau hari setelah kerusakan barulah gejala ini muncul.

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Arbabi et al., 2019) pemeriksaan penunjangnya yaitu :

- a. Pemeriksaan rontgen
- b. Tentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma
- c. CT/MRI scan tulang

- d. Kerusakan jaringan lunak juga dapat dideteksi dengan mengekspos fraktur.
- e. Arteriogram, jika dicurigai adanya cedera vascular.
- f. Hitung darah lengkap
- g. Pendarahan yang signifikan di lokasi fraktur atau di beberapa organ yang jauh dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan HT (hemokonsentrasi).

## 7. Komplikasi

Komplikasi Menurut (V.A.R.Barao et al., 2022) secara umum komplikasi fraktur terdiri atas komplikasi awal dan lama yaitu sebagai berikut:

### a. Komplikasi Awal

#### 1) Syok

Peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan darah yang signifikan dapat menurunkan kadar oksigen tubuh, menyebabkan syok. Kadang-kadang, patah tulang paha yang disebabkan oleh rasa sakit yang luar biasa berkembang menjadi syok neurogenik.

#### 2) Kerusakan arteri

Kurangnya CRT (Capillary Refill Time), tidak ada denyut nadi, sianosis di daerah distal, hematoma besar dan dingin di ekstremitas yang disebabkan oleh belat, tindakan reduksi, mengubah posisi individu yang sakit, dan pembedahan adalah tanda-tanda bahwa arteri telah pecah. atau telah terluka.

#### 3) Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi di mana otot, saraf, tulang, dan arteri darah dikompresi oleh edema atau perdarahan dan terperangkap dalam jaringan parut. Patah tulang yang dekat dengan persendian dapat menyebabkan sindrom kompartemen akibat komplikasi dari patah tulang tersebut. Lima

Ps, atau nyeri (nyeri lokal), pucat (pucat bagian distal), paralisis (kelumpuhan tungkai), paresthesia (tidak ada perasaan), dan pulselessness (tidak ada perubahan nadi, nadi, tidak ada perfusi dengan baik, dan CRT > 3 detik) , adalah keunggulan dari sindrom kompartemen.

b. Komplikasi Lama

Menurut (V.A.R.Barao et al., 2022) secara umum komplikasi lama sebagai berikut :

1) Delayed Union

Kegagalan fraktur untuk berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk memperbaiki atau bersatu dikenal sebagai penyatuan yang tertunda. Penurunan aliran darah ke tulang adalah penyebabnya. Delayed Union adalah patah tulang yang membutuhkan waktu 3-5 bulan untuk sembuh.

2) Non-union

Non-union adalah Ketika patah tulang sembuh perlahan selama 6 sampai 8 bulan, itu tidak menyatu sampai pseudoarthrosis (sendi palsu) berkembang. Infeksi bukanlah prasyarat untuk perkembangan pseudoarthrosis.

3) Mal-union

Ketika patah tulang akhirnya sembuh tetapi berkembang kelainan termasuk varus, angulasi, pemendekan, dan persilangan, ini dikenal sebagai mal-union.

## 8. Penatalaksanaan Medis

Menurut ((Tabita Widyasari, 2015) menyebutkan beberapa penatalaksanaan medis pada fraktur sebagai berikut :

- a. Pengecilan Dengan reduksi terbuka atau reduksi tertutup, tujuan dari prosedur ini adalah mengembalikan ukuran dan keselarasan garis luar tulang. Traksi manual digunakan dalam prosedur reduksi tertutup untuk menarik fraktur dan meluruskan kembali tulang. Jika

reduksi tertutup tidak berhasil atau tidak dapat diterima, reduksi terbuka dapat digunakan. Alat fiksasi internal, seperti kabel, pena, pelat, dan sekrup, digunakan selama reduksi terbuka untuk menahan situs pada tempatnya sementara tulang padat sembuh. Melalui operasi ORIF, alat fiksasi internal ditempatkan ke dalam fraktur, memungkinkan tulang yang patah untuk disatukan kembali.

- b. Memasang pelat retensi sangat membantu untuk mempertahankan pengurangan ekstremitas yang patah.
- c. Rehabilitasi

Buat bagian yang hancur kembali beroperasi seperti biasa.

Berikut adalah beberapa tahapan proses penyembuhan:

- 1) Tahap 1: Peradangan (inflammation) Tulang yang patah, baik terbuka maupun tertutup, akan mengeluarkan darah sedikit saja dan menyebabkan jaringan di sekitarnya meradang, yang ditandai dengan pembengkakan, kemerahan, dan rasa hangat selain nyeri. Fase ini berlangsung dari 24 jam hingga seminggu dan dimulai sehari setelah fraktur.
- 2) Tahap 2: perkembangan kalus lunak rasa sakit dan bengkak akan mulai mereda 2 sampai 3 minggu setelah kejadian. Kalus halus terbentuk di kedua ujung tulang yang hancur selama tahap penyembuhan fraktur ini sebagai pendahulu untuk menjembatani sendi tulang, meskipun kalus ini tidak terlihat pada sinar-X. Biasanya, fase ini berlangsung 4 hingga 8 minggu setelah kecelakaan.
- 3) Tahap 3: (kalus keras) Pembentukan kalus keras X-ray akan menunjukkan tulang baru mulai tumbuh di sekitar fraktur antara 4 dan 8 minggu setelah cedera (kalus lunak berubah menjadi kalus keras). Tulang baru telah mengisi fraktur 8 sampai 12 minggu setelah kerusakan awal.



## 9. Penatalaksanaan Keperawatan

### a. Relaksasi nafas dalam

Relaksasi nafas dalam adalah bernafas dengan perlahan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Dalam teknik ini merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, bagaimana perawat mengajarkan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Tuti Elyta et al., 2022).

Tujuan latihan relaksasi adalah untuk menghasilkan respon yang dapat memerangi respon terhadap stresor. Teknik relaksasi yang biasanya digunakan adalah teknik relaksasi dengan relaksasi nafas dalam (Antoro & Amatiria, 2018)

#### Langkah-langkah

- 1) Tahap pra interaksi
  - a) Mengecek program terapi
  - b) Mencuci tangan
  - c) Mengidentifikasi pasien dengan benar
  - d) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke dekat pasien
- 2) Tahap orientasi
  - a) Mengucapkan salam, menyapa nama pasien, memperkenalkan diri
  - b) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan
  - c) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan
  - d) Menanyakan persetujuan dan meminta kerja sama pasien
- 3) Tahap kerja
  - a) Menjaga privasi
  - b) Mengajak pasien membaca Basmalah dan berdoa

- c) Mengatur posisi yang nyaman menurut pasien sesuai dengan kondisinya (duduk/berbaring)
- d) Mengatur lingkungan yang nyaman dan tenang
- e) Meminta pasien untuk memejamkan mata
- f) Membimbing pasien melakukan teknik relaksasi
  - (1) Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pada kedua kakinya untuk merilekskan, kendorkan seluruh otot-otot kakinya, minta pasien untuk merasakan relaksasi kedua kaki pasien
  - (2) Meminta pasien untuk memindahkan pikirannya pada kedua tangan pasien, kendorkan otot-otot kedua tangannya, minta pasien untuk merasakan relaksasi kedua tangannya
  - (3) Meminta pasien untuk memindahkan pikirannya pada bagian tubuhnya, minta pasien untuk merilekskan otot-otot tubuh mulai dari otot bahu sampai ke pinggang, minta pasien untuk merasakan relaksasi otot-otot tubuhnya.
  - (4) Meminta pasien untuk tersenyum agar otot-otot wajah menjadi rileks.
  - (5) Meminta pasien untuk menarik nafas panjang dan memfokuskan pikiran pada masuknya udara lewat jalan nafas, meminta pasien menghembuskan nafas perlahan melalui mulut.
- g) Membimbing pasien untuk teknik distraksi dengan salah satu tipe distraksi.

Imajinasi terbimbing: meminta pasien untuk membawa alam pikirannya menuju tempat yang menyenangkan

- (1) bagi pasien atau mengingat kejadian menyenangkan yang pernah dialami pasien.

- (2) Distraksi auditor: mengajak pasien mendengarkan music atau lagu sambil menepuk-nepukkan tangan atau menghentakkan kaki.
- (3) Distraksi taktil: memberikan masase ringan (mengelus) area yang sakit. Pada anak-anak diberikan mainan agar bisa dipegang dan dibuat untuk mainan.
- (4) Distraksi intelektual: meminta pasien menuliskan sebuah cerpen
  - h) Meminta pasien membuka mata
- 4) Tahap terminasi
  - a) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan
  - b) Menyampaikan rencana tindak lanjut
  - c) Merapikan pasien dan lingkungan
  - d) Mengajak pasien membaca hamdallah dan berdoa kepada Allah
  - e) Berpamitan dengan pasien dan menyampaikan kontrak yang akan dating
  - f) Membereskan dan mengembalikan alat ketempat semula
  - g) Mencuci tangan
  - h) Mencatat kegiatan dalam catatan keperawatan

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian Keperawatan Pengkajian merupakan suatu tindakan wawancara secara langsung kepada klien yang berkaitan dengan keluhan yang dirasakan oleh klien sehingga klien memutuskan pergi ke rumah sakit untuk melakukan pengobatan. Selain hasil dari wawancara, diperlukan pula hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh klien sebagai syarat menegakkan diagnosa medis dan diagnosa keperawatan (Ningrum, 2021)

a. Pengumpulan data

1) Anamnesa

a) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang digunakan sehari-hari, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal MRS, diagnosa medis.

b) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri biasanya dibagi menjadi dua kriteria berdasarkan lama waktunya.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berubah dalam kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu dengan mengetahui mekanisme yang terjadi kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan dengan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk yang beberapa lama tulang tersebut akan akan menyambung. Penyakit penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologi yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat resiko terjadinya osteomielitis akan maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

f) Pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

(2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas pasien.

### (3) Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada pola eliminasi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kedekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak. Pola Tidur dan Istirahat Semua pasien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

### (4) Pola Aktivitas

Apakah setelah terjadi fraktur ada keterbatasan gerak/kehilangan fungsi motorik pada bagian yang terkena fraktur (dapat segera maupun sekunder, akibat pembengkakan/ nyeri). Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal tersebut yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain.

(5) Pola Hubungan dan Peran pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap.

### (6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada fraktur fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan

aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

(7) Pola Sensor dan Kognitif

Pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur.

(8) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

(9) Pola Penanggulangan Stress

Pada pasien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme coping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

(10) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum pasien Penampilan pasien, ekspresi wajah, bicara, mood, berpakaian dan kebersihan umum, tinggi badan, BB, gaya berjalan.
- b) Tanda-tanda Vital Pemeriksaan pada tanda-tanda vital mencakup : suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data .Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Komponen diagnosa keperawatan menurut PPNI terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE). Penegakan diagnosis (PPNI, 2020)

a. Diagnosa keperawatan (SDKI) menurut (PPNI, 2018).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- 3) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi (D.0074)

b. Intervensi keperawatan (SIKI) menurut (PPNI, 2018)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Tujuan dan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri pasien dapat menurun
- b) Meringis dapat menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Penurun keluhan tidur yang diharapkan

Intervensi keperawatan :

Observasi :

- a) Identifikasi area, karakteristik, berapa lama durasinya, frekuensi, tingkat nyeri yang dirasakan, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri yang dirasakan



- c) Identifikasi respons nyeri berdasarkan hasil pengamatan dari perawat
- d) Identifikasi faktor yang menyebabkan penambahan berat dan pengurang nyeri
- e) Identifikasi pasien meliputi pengetahuan dan keyakinan pasien tentang yang dia rasakan
- f) Monitor keberhasilan dari terapi komplementer yang telah diberikan

#### Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis seperti napas dalam yang berkaitan dengan pengurangan nyeri
- b) Control lingkungan yang menyebabkan peningkatan rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan penyebab nyeri dalam pemilihan teknik untuk meredakan nyeri

#### Edukasi

- a) Jelaskan penyebab dan faktor pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi yang dapat digunakan untuk meredakan nyeri
- c) Anjurkan pasien untuk dapat memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan terapi analgetik yang sesuai dengan penyebab nyeri
- e) Ajarkan teknik non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

- a) Kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan membaik, dengan kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri membaik
- b) Tidak ada tanda kemerahan

Intervensi keperawatan :

Observasi

- a) Memonitor karakteristik luka
- b) Memonitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- c) Berikan salep yang sesuai ke kulit jika perlu
- d) Pasang balutan sesuai jenis luka
- e) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- c) Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu

- 3) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi (D.0074)

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan membaik dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Keluhan tidak nyaman dan meningkat menjadi cukup menurun
- c) Gelisah dari meningkat menjadi cukup menurun

Intervensi keperawatan:

Observasi:

- a) Identifikasi penurunan tingkat energi ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan

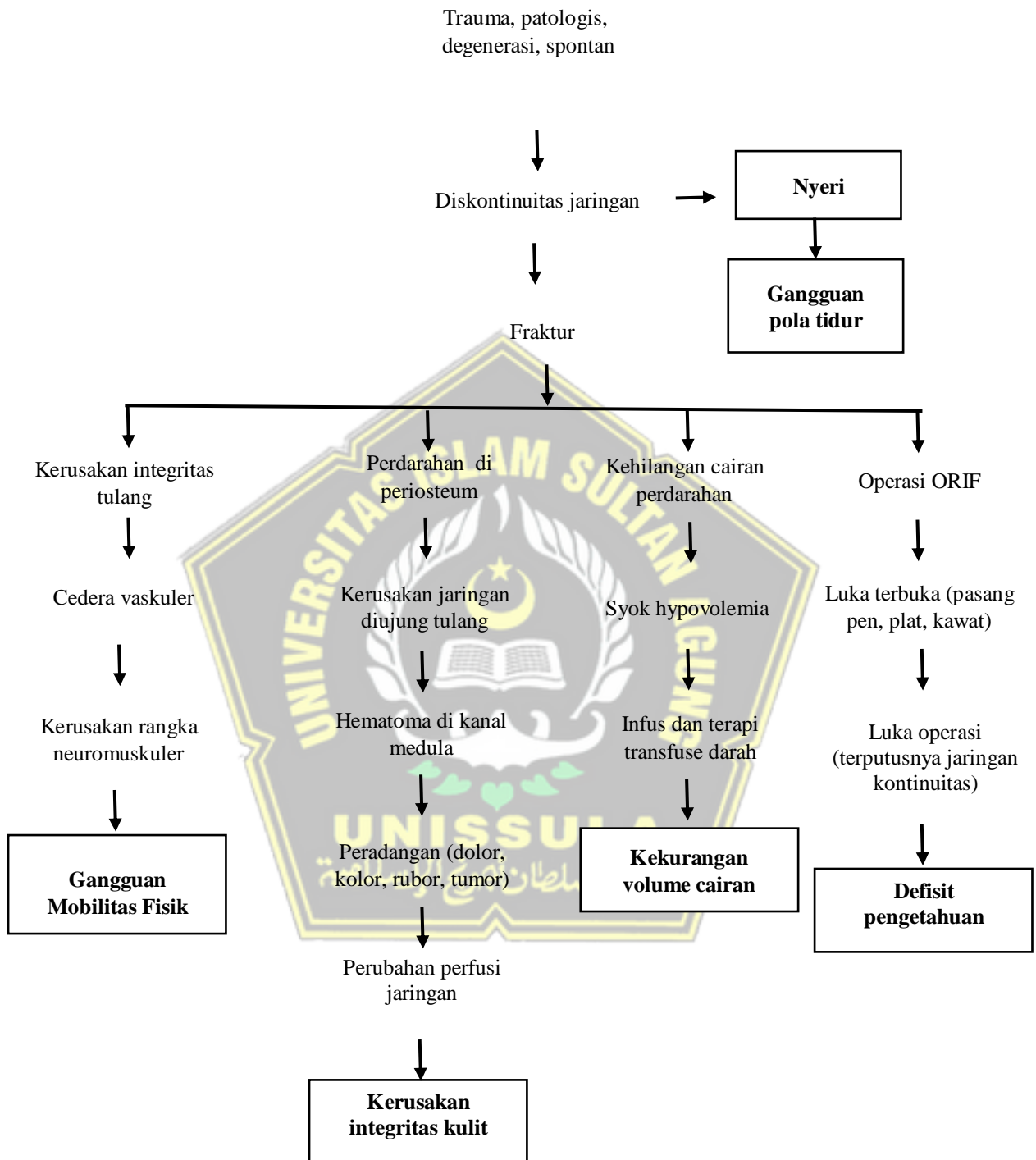
Terapeutik

- a) Ciptakan lingkungan tenang, dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- c) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia
- b) Anjurkan mengambil posisi yang nyaman
- c) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih

**C. Pathways**



Gambar 2.1. Parhways

Sumber : (Sudarmato, 2018 dan SDKI, 2017)

## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pada kasus ini dilakukan pada tanggal 1 Juni 2022. Penulisan mengelolah kasus pada Tn. M dengan masalah post op fibula dextra di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Proses keperawatan melalui pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

##### **1. Data umum**

###### **a. Identitas Pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 Juni 2022 pada pukul 10.00 WIB di Ruang Bitulssalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Tn. M berusia 65 tahun bergender laki – laki. Klien beragama islam yang bertempat tinggal di Jl. Sumur adem RT. 02/11 . Klien bekerja sebagai buruh pabrik dengan pendidikan terakhir SD. Klien masuk rumah sakit diantar oleh anaknya pada tanggal 1 Juni 2022 pukul 19.00 WIB dan diagnosa medis yang dialami klien adalah fraktur fibula dextra.

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

Pasien selama dirawat dirumah sakit yang menemani sekaligus yang bertanggung jawab adalah anaknya yang bernama Tn. W yang berusia 34 tahun berjenis kelamin laki laki dan beragama islam. Tn. W berasal dari suku jawa bangsa Indonesia, pekerjaan Tn. W sebagai karyawan swasta dan Tn. W tinggal di Jl. Sumur Adem . Hubungan sebagai anak pasien.

###### **c. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri pada betis kanan.

###### **d. Status kesehatan saat ini**

Pasien mengatakan nyeri di area betis kanan ,pasien mengatakan saat sakit langsung di bawa ke rumah sakit RSI Sultan

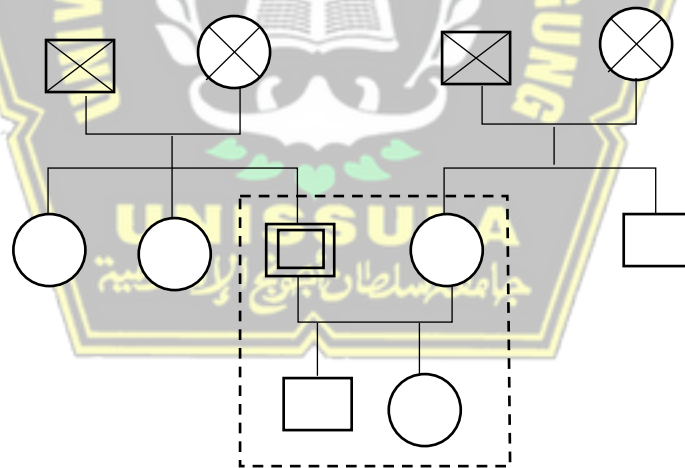
Agung sebelum di bawa ke rumah sakit pasien tidak berobat ke tempat lain dan tidak mengkonsumsi obat-obat an dari warung, pasien mengatakan nyeri pada betis post operasi , nyeri saat digunakan berpindah posisi, nyeri skala 4, nyeri terasa tajam, nyeri hilang timbul. Pasien tampak meringis. Pasien mengatakan mengalami kendala dalam beraktivitas. Pasien mengatakan saat beraktivitas di bantu oleh keluarga. Pasien tampak lemas. Terdapat balutan luka sebesar 4-6 cm pada bagian betis kanan.

e. Riwayat kesehatan lalu

Tn. M mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti saat ini. Tn. M mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat – obatan, makanan, maupun minuman dan pasien mendapatkan imunisasi lengkap.

f. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram tiga generasi



Keterangan

- : Perempuan
- : Laki-laki
- ⊗ ⊗ : Meninggal
- ┌ ┐ : Garis keturunan
- ▣ : Pasien
- - - : Tinggal dalam satu rumah

Gambar 3.1. Genogram

- 2) Tn. M mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM, keluarga juga tidak memiliki riwayat penyakit yang menular.
2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)
- a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien tentang Kesehatan dan bagaimana kesehatannya dikelola :

    - 1) Persepsi pasien tentang Kesehatan diri :

Pasien mengatakan Kesehatan baginya sangat penting, mampu memelihara Kesehatan diri sendiri dan keluarga dengan baik
    - 2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya.

Pasien mengatakan penyebab penyakitnya sekarang karena kecelakaan
    - 3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan Kesehatan (gizi atau makanan yang kuat pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi, dll) :

Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatannya harus menjaga pola makan, dan pola aktivitasnya dengan baik.
    - 4) Kemampuan pasien untuk mengontrol Kesehatan (apa yang dilakukan pasien bila sakit, kemana pasien biasa berobat bila sakit):

Pasien mengatakan selama sakit memeriksakan kesehatannya ke klinik terdekat.
    - 5) Kebiasaan hidup (konsumsi obat-obatan atau jamu, konsumsi alcohol, konsumsi rokok, konsumsi kopi, kebiasaan berolahraga):

pasien mengatakan suka mengkonsumsi kopi

- 6) Faktor sosio ekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan (penghasilan, asuransi atau jaminan Kesehatan, keadaan lingkungan tempat tinggal) :

Pasien mengatakan mempunyai kartu BPJS Kelas II.

b. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Feses

Pola BAB (frekuensi, waktu, warna, konsistensi, penggunaan pencabar atau enema, adanya keluhan diare atau konstipasi) sebelum sakit : pasien mengatakan pola BAB sehari sekali pada pagi hari, bau khas feses, tidak menggunakan alat bantu.

Sesudah sakit : pasien mengatakan pola BAB sehari sekali pada pagi hari, bau khas feses, tidak menggunakan alat bantu, (tidak terpasang kolostomi atau ileostomy) tidak terdapat perubahan dalam kebiasaan BAB.

Pola BAK (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

Sebelum sakit : pasien mengatakan pola BAK 4-6 kali dalam sehari, warna urine kuning bening, berbau khas urine, tidak merasa nyeri dan BAK sekitar 500-1000 cc/hari.

Sesudah sakit : pasien mengatakan pola BAK 4-6 kali dalam sehari, warna urine kuning bening, berbau khas urine, tidak merasa nyeri dan BAK sekitar 500-800 cc/hari.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Kesulitan atau Keluhan dalam aktivitas

Tn. M mengatakan sebelum sakit tubuh mudahnya mudah merasa lelah saat digunakan untuk beraktivitas karena faktor usia.

Tn. M mengatakan sesudah sakit badannya lemah saat digunakan untuk berpindah maupun pergerakan aktivitas lainnya.



2) Perawatan diri

Tn. M mengatakan sebelum sakit pasien melakukan perawatan diri sepenuhnya tanpa membutuhkan bantuan orang lain.

Tn. M setelah sakit mengatakan membutuhkan keluarga untuk membantunya melakukan perawatan diri secara sebagian.

3) Pergerakan tubuh

Tn. M mengatakan betis kakinya sering terasa nyeri.

4) Pola istirahat dan tidur

a) Kebiasaan tidur

Tn. M mengatakan sebelum sakit tidur cukup 8-9 jam dalam sehari.

Setelah sakit Tn. M mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun tidur sekitar 6 jam dalam sehari.

b) Kesulitan tidur

Tn. M mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun dikarenakan nyeri pasca operasi betis kanannya dan pencahayaan lampu ruangan.

d. Pola Nutrisi – Metabolik

1) Pola makan sebelum sakit pasien mengatakan makan teratur 3 x sehari dengan porsi sedang,

Setelah sakit pasien mengatakan makan teratur 3 x sehari dengan porsi sedang.

2) Pola minum

Sebelum sakit pasien mengatakan minum 7-8 gelas sehari

setelah sakit pasien mengatakan minum 7-8 gelas dalam sehari.

e. Pola Kognitif Perseptual Sensori

Tn. M tidak ada masalah dengan panca indra nya yaitu penglihatan dan pasien dapat mendengar dengan baik Tn. M mengatakan nyeri pada betis kanan pasca operasi, pasien tampak

meringis, gelisah. P= pasien mengatakan luka pasca operasi terasa nyeri, Q= nyeri seperti tertimpa benda berat, R= nyeri di wilayah sekitar kaki kanan, S= skala nyeri yang dirasakan klien 4, T= terus-menerus.

f. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Tn. M mengatakan ingin segera sembuh, agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa tanpa hambatan dari penyakitnya sebelum sakit pasien mengatakan sangat bersyukur dan menyukai semua anggota tubuhnya sesudah sakit pasien menerima dan menjalani prosedur pengobatan dengan baik pasien mengatakan mempunyai harapan ingin segera sembuh dari sakit yang dialaminya.

g. Pola Mekanisme Koping

Tn. M mengatakan selalu ikut dalam pengambilan keputusan didalam keluarga, pengambilan keputusan saat ini adalah dirinya dan keluarga terutama dalam pengambilan tindakan dan pengobatan yang dilakukan pasien.

h. Pola Seksual-Reproduksi

Tn. M mengatakan mamahami dan mengerti tentang fungsi seksual pasien mengatakan sudah menikah dan tidak ada permasalahan selama aktivitas seksual dan tidak memiliki gangguan seksual.

i. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

Tn. M mengatakan mampu berkomunikasi dan mengekspresikan dirinya dengan baik pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan terhadap pasien menurut pasien anggota keluarganya adalah orang terdekat dan pasien mengatakan tidak mempunyai kesulitan dalam hubungan dengan anggota keluarga.

j. Pola Nilai dan Kepercayaan

Tn. M mengatakan beragama islam, dan mampu melaksanakan solat lima waktu, keyakinan yang dipercaya tidak bertentangan dengan kesehatannya tidak ada pertentangan terhadap pengobatan yang sedang dijalani saat ini.

### 3. Pemeriksaan Fisik ( *Head To Toe* )

Pasien dalam keadaan umum baik: kesadaran Compos Mentis, hasil pemeriksaan tanda vital: TD= 148/80 mmHg, N= 80 x/menit, RR= 21 x/menit, S= 36,5°C. Kepala mesocephal, warna rambut hitam dan sedikit beruban, bentuk bulat rambut bersih. Kemampuan penglihatan baik, pupil mengecil bila tidak terdapat refleksi cahaya. Hidung bersih, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak terdapat sekret, tidak terdapat perdarahan. Telinga simetris, tidak terdapat lesi, fungsi pendengaran masih dalam kondisi yang normal, tidak menggunakan alat bantu dengar. Mulut tidak mengalami kesulitan dalam berbicara, gigi kekuningan, mukosa bibir kering, tidak ada kesulitan menelan, dan tidak mengalami pembengkakan kelenjar tiroid.

Pemeriksaan pada jantung, inspeksi : thorax simetris tidak terdapat lesi, palpasi : tidak teraba benjolan, perkusi : bunyi pekak, auskultasi : bunyi jantung lup dup. Paru – paru, inspeksi: pergerakan dada simetris, tidak terdapat lesi, palpasi : vocal fremitus kanan kiri sama, perkusi : suara sonor, redup pada batas relatif paru – hepar pada SIC VI, auskultasi : vasikuler. Abdomen, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi : terdengar bunyi timpani, auskultasi : bising usus (+) 14x/menit. Pemeriksaan genitalia Tn. M tidak terpasang kateter. Pada ekstremitas atas Tn. M kuku bersih, terpasang infus di bagian ekstremitas kiri, warna kuku merah muda, kulit kering, tidak terdapat lesi, sedangkan ekstremitas bawah Tn. M mengatakan mampu menggerakkan semua ekstremitasnya, kulit kusam dan kering, tidak terdapat lesi.

### 4. Data Penunjang

Hasil dari pemeriksaan uji laboratorium pada tanggal 29 Mei 2022 pemeriksaan hematology, didapatkan hemoglobin hasil 12.2 dengan nilai rujukan 13.2-17.3 dengan satuan g/dL, hematokrit didapatkan hasil 33.9 dengan nilai rujukan 33.0 –45.0 dengan satuan %, leukosit didapatkan hasil 6.74 dengan nilai rujukan 3.80 – 10.60 dengan satuan ribu/  $\mu$ L, trombosit didapatkan hasil 206 dengan nilai rujukan 150

– 440 ribu/  $\mu$ L. Golongan darah O dan RH positif. Pemeriksaan kimia ureum didapatkan ureum dengan hasil 20 dengan nilai rujukan 10 – 50 dengan satuan mg/dL, creatinin didapatkan hasil 105 dengan nilai rujukan 0.70 – 1.30 dengan satuan mg/dL.

a. Diit yang diperoleh

Nasi

b. Therapy

1) RL 0,9 % 20 tpm

Injeksi

1) Cefotaxime 3 x 1 sebanyak 400mg satu kali perhari atau 200mg setiap 12 jam

2) Ondansentron 4mg 3 x 1

3) Ketarolac 10mg 3 x 1

Oral

1) Amlodipine 10mg 1 x 1

2) Paracetamol 500mg 3 x 1

3) Tramadol 400mg 2 x 1

## **B. Analisa Data**

Penulis melakukan analisa data pada tanggal 1 Juni 2022 pada pukul 08.00 WIB. Dari analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan data subjektif mengeluh nyeri pada betis kanan, mengeluh sulit tidur sedangkan data objektifnya nampak meringis, tampak melindungi area nyeri, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut : P= klien mengatakan nyeri di betis kanan, Q= nyeri terasa seperti ditusuk, R= nyeri dirasa di bagian kaki betis kanan, S= skala 4, T= hilang timbul.

Data fokus yang kedua didapatkan diagnosa keperawatan yaitu resiko infeksi dihubungkan dengan prosedur invasif masalah tersebut didukung dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada betis bagian pasca operasi,

luka dibetis tidak tampak kemerahan, tidak mengalami pembengkakan, sedangkan data objektifnya yaitu pasien nampak kesakitan, TD= 148/80 mmHg, N= 81x/menit, RR= 21x/menit, S= 36,5°C.

Sedangkan untuk data fokus yang ketiga ditemukan diagnosis keperawatan yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi dengan data subjektif tidak dengan adanya luka robek, pasien merasa tidak nyaman, mudah terbangun saat tidur, sedangkan data objektif mata nampak tidak nyaman, pasien nampak gelisah.

### **C. Planning/intervensi**

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan ditetapkan pada tanggal 1 Juni 2022 pada pukul 11.30 WIB. Untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan adanya keluhan nyeri pada betis kanan, mengeluh, nampak meringis, tampak melindungi area nyeri penulis menetapkan intervensi sebagai berikut identifikasi area nyeri, nyeri yang dirasakan seperti apa, frekuensi, durasi, intensitas, dan durasi nyeri, identifikasi skala nyeri yang dirasakan oleh klien, identifikasi faktor yang menyebabkan peningkatan dan pengurangan nyeri, berikan salah satu teknik terapi nonfarmakologis (tarik napas dalam), fasilitasi istirahat dan tidur. Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam diharapkan rasa nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil nyeri mulai menurun, keluhan sulit tidur teratasi, tekanan darah menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang kedua yaitu resiko infeksi dihubungkan dengan efek prosedur invasive dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada betis bagian kanan pasca operasi, dan luka tidak tampak panas. untuk mengatasi diagnosa resiko infeksi penulis telah menetapkan beberapa intervensi yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Setelah dilaksanakannya intervensi keperawatan dalam waktu 3x8 jam diharapkan keadaan umum membaik dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Untuk intervensi pada diagnosa yang ketiga yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi dibuktikan dengan pasien merasa tidak nyaman dengan adanya luka robek dibetis tidak nyaman karena terasa nyeri penulis telah menetapkan beberapa intervensi yaitu identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya, identifikasi masalah emosional dan spiritual, identifikasi gejala yang tidak menyenangkan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan rasa nyaman disertai dengan kriteria hasil sebagai berikut rileks meningkat dari menurun menjadi cukup meningkat, keluhan tidak nyaman dari meningkat menjadi cukup menurun, gelisah dari meningkat menjadi cukup menurun.

#### **D. Implementasi**

Pada tanggal 1 Juni 2022 pukul 07.45 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menanyakan pada pasien tentang area nyeri, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada betis kaki pasca operasi, nyeri seperti nyeri seperti tajam, nyeri hilang timbul, dengan skala 4 dan respon dari data objektif ditemukan P= nyeri pada betis kaki akibat post op, Q= nyeri seperti hilang timbul, R= nyeri pada betis, S= skala 4, T= nyeri hilang timbul, TD= 170/80 mmHg, N= 81x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,5°C. Kemudian pada pukul 07.50 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan, respon pasien dari data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dibetis kanan pasca operasi sedangkan data objektifnya ditemukan skala nyeri 4.

Pada pukul 08.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu bertanya kepada pasien tentang faktor yang menyebabkan dan mengurangi nyeri, respon pasien mengatakan nyeri berkurang saat digunakan tidur, untuk data objektif ditemukan pasien kooperatif menjawab semua pertanyaan perawat. Pada pukul 08.025 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu menanyakan kepada pasien tentang tanda dan gejala

infeksi yang di rasakan pasien respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan masih merasakan nyeri di daerah area luka pasca operasi, untuk data objektif luka pasien tampak bersih. Pada pukul 08.35 WIB dilakukann implementasi diagnosa kedua yaitu memberi perawatan kulit pada area kaki khususnya pada area betis dengan teknik septic aseptic respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mangatakan bersedia dilakukan perawatan luka sedangkan dari data objektif luka pasien tampak bersih dan tidak bengkak, dan kemerahan.

Pada pukul 09.15 WIB masih dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu mengajarkan cara memeriksa kondisi luka pada luka pasien, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan memahami cara yang diajarkan perawat, dan dari data objektif pasien tampak mengganggu kepala. Pada pukul 09.40 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu gangguan rasa nyaman memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang membuat pasien merasa tidak nyaman respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan untuk data objektif pasien tampak memahami informasi dan teknik yang diajarkan oleh perawat.

Pada tanggal 2 juni 2022 pukul 08.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menanyakan pada pasien tentang area nyeri, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada betis kaki pasca operasi, nyeri seperti nyeri seperti tajam, nyeri hilang timbul, dengan skala 4 dan respon dari data objektif ditemukan Pada tanggal 2 Juni 2022 pukul 07.45 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menanyakan pada pasien tentang area nyeri, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada betis kaki pasca operasi, nyeri seperti nyeri seperti tajam, nyeri hilang timbul, dengan skala 4 dan respon dari data objektif ditemukan P = nyeri saat digunakan berpindah posisi Q = nyeri sepeti tajam, R = nyeri dibetis kaki kanan, S = skala nyeri 4, T = nyeri hilang timbul. dilakukan implementasi

diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan, respon pasien dari data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang dan data objektifnya ditemukan skala nyeri 4.

Pada pukul 08.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu bertanya kepada pasien tentang faktor yang menyebabkan dan mengurangi nyeri, respon pasien mengatakan nyeri berkurang saat digunakan tidur, untuk data objektif ditemukan pasien kooperatif menjawab semua pertanyaan perawat. Pada pukul 08.25 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu menanyakan kepada pasien tentang tanda dan gejala infeksi yang di rasakan pasien respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan masih merasakan nyeri di daerah area luka pasca operasi, untuk data objektif luka pasien tampak bersih. Pada pukul 08.35 WIB dilakukann implementasi diagnosa kedua yaitu memberi perawatan kulit pada area kaki khususnya pada area betis dengan teknik septic aseptik respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka sedangkan dari data objektif luka pasien tampak bersih dan tidak bengkak, dan kemerahan. Pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu gangguan rasa nyaman memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang membuat pasien merasa tidak nyaman respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan untuk data objektif pasien tampak memahami informasi dan teknik yang diajarkan oleh petrawat.

Pada tanggal 3 Juni 2022 pukul 14.10 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menanyakan pada pasien tentang area nyeri, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada betis kaki pasca operasi, nyeri seperti nyeri seperti tajam, nyeri hilang timbul, dengan skala 4 dan respon dari data objektif ditemukan P= nyeri pada betis kaki akibat post op, Q= nyeri seperti hilang timbul, R= nyeri pada betis, S= skala 4, T= nyeri hilang timbul, TD= 170/80 mmHg, N= 81x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,5°C.



Kemudian pada pukul 14.20 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan, respon pasien dari data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dibetis kanan pasca operasi sedangkan data objektifnya ditemukan skala nyeri 4.

Pada pukul 14.35 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu bertanya kepada pasien tentang faktor yang menyebabkan dan mengurangi nyeri, respon pasien mengatakan nyeri berkurang saat digunakan tidur, untuk data objektif ditemukan pasien kooperatif menjawab semua pertanyaan perawat. Pada pukul 14.45 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu menanyakan kepada pasien tentang tanda dan gejala infeksi yang di rasakan pasien respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan masih merasakan nyeri di daerah area luka pasca operasi, untuk data objektif luka pasien tampak bersih.

Pada pukul 15.00 WIB dilakukann implementasi diagnosa kedua yaitu memberi perawatan kulit pada area kaki khususnya pada area betis dengan teknik septic aseptic respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka sedangkan dari data objektif luka pasien tampak bersih dan tidak bengkak, dan kemerahan. Pada pukul 15.35 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu gangguan rasa nyaman memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang membuat pasien merasa tidak nyaman respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan untuk data objektif pasien tampak memahami informasi dan teknik yang diajarkan oleh petrawat.

#### **E. Evaluasi**

Pada tanggal 1 Mei 2022 pukul 08.45 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu : S = Pasien mengatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan, pasien juga mengatakan nyeri berkurang P: pasien mengatakan nyeri saat berpindah posisi, dan nyeri berkurang jika dibuat tidur Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk R: pasien mengatakan nyeri di bagian betis kanan S: skala nyri 4 T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul

O = Pasien kooperatif, intensitas berkurang, Pasien tampak lebih tenang, Tanda vital TD: 120/ 60mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, A = masalah teratasi sebagian, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri P = pertahankan intervensi Manajemen Nyeri (I.08238). Pada pukul 08.55 dilakukan evaluasi hari kedua yaitu : S = pasien mengatakan nyeri pada luka di betis kaki kanan post operasi, pasien mengatakan luka nya tidak terasa panas O = luka pasien tampak bersih, tidak kemerahan, tidak bengkak, tidak terjadi perubahan fungsi jaringan, TTV: Nadi : 80 x/menit, TD : 120/60 mmHg, RR : 20 x/menit, S : 36,5 °C A = Tujuan belum tercapai , Masalah belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi , monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik berikan perawatan kulit pada area kaki terutama pada betis kaki kanan, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Pada pukul 09.15 dilakukan evaluasi pada diagnose ketiga yaitu : S = Pasien mengatakan tidak nyaman dengan adanya luka di betisnya O = Pasien tampak tidak nyaman, Pasien tampak gelisah, Observasi vital sign: TD: 160/ 80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,5°C, A = Masalah teratasi sebagian Rileks (+), Keluhan tidak (+), Gelisah (+), P = Pertahankan intervensi, Perawatan Kenyamanan (I.08245).

Pada tanggal 2 Juni 2022 pukul 09.25 WIB hasil evaluasi pada hari kedua yaitu : S = Pasien mengatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan, pasien juga mengatakan nyeri berkurang, P = pasien mengatakan nyeri saat berpindah posisi, dan nyeri berkurang jika dibuat tidur Q = pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk R: pasien mengatakan nyeri di bagian betis kanan S = skala nyri 3 T = pasien mengatakan nyeri hilang timbul, O = Pasien kooperatif, tenang ,Tanda vital TD: 120/ 60 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,7 °C , A = masalah teratasi sebagian, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri P = pertahankan intervensi,Manajemen Nyeri

(I.08238). Pada pukul 09.35 dilakukan evaluasi diagnose dua yaitu : S = pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang , pasien mengatakan pada luka tidak merasa panas O = luka tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, dan tidak ada perubahan fungsi jaringan -TTV : TD : 138/80 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,5 ° C , RR : 20 x/mnt, A = Tujuan tercapai sebagian, Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik , berikan perawatan kulit pada area kaki terutama pada area betis kaki sebelah kanan. Pada pukul 09.45 dilakukan evaluasi diagnose ketiga yaitu : S = pasien mengatakan tidak nyaman dengan adanya luka di betisnya, O = pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak gelisah, observasi vital sign: TD: 160/ 80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, A = masalah teratasi sebagian, gelisah (+), P = Pertahankan intervensi.

Pada tanggal 3 Juni 2022 pukul 14.15 WIB hasil evaluasi pada diagnosa hari ketiga yaitu : S = Pasien mengatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan, pasien juga mengatakan nyeri berkurang P: pasien mengatakan nyeri saat berpindah posisi, dan nyeri berkurang jika dibuat tidur Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk R: pasien mengatakan nyeri di bagian betis kanan S: skala nyri 2 T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul O = Pasien kooperatif, intensitas berkurang, Pasien tampak lebih tenang, Tanda vital TD: 120/ 60mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, A = masalah teratasi sebagian, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri P = pertahankan intervensi Manajemen Nyeri (I.08238). pada pukul 14.20 dilakukan evaluasi diagnose kedua yaitu : S = pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, pasien mengatakan pada luka tidak merasa panas, O = luka tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, dan tidak ada perubahan fungsi jaringan -TTV : TD : 138/80 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,5 ° C , RR : 20 x/mnt, A = Tujuan tercapai sebagian, Masalah belum

teratasi, P = lanjutkan Intervensi ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Pada pukul 09.50 dilakukan evaluasi diagnosa ketiga yaitu : S = pasien mengatakan tidak nyaman dengan adanya luka di betisnya O = pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak gelisah, observasi vital sign: TD: 160/80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/mnt, S: 36,5 °C, A = Masalah teratasi sebagian, P : Pertahankan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB IV ini penulis membahas hasil dari analisa kasus meliputi data umum dan data khusus pada Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan post Op fibula dextra di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang selama 3 hari pada tanggal 1 Mei smapai dengan 3 Juni 2022. Pada BAB IV ini penulis akan membahas mengenai kendala selama pemberian asuhan keperawatan kepada Tn. M dengan penyakit pasca oprasi betis kanan pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, melakukan rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn. M, memberikan tindakan keperawatan hingga evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Tn. M.

#### **A. Pengkajian**

Perawat mengumpulkan data selama fase penilaian, yang ditandai dengan pengumpulan data berkelanjutan dan pilihan profesional berdasarkan data yang dikumpulkan. Data tentang lanjut usia dikumpulkan dari berbagai sumber, termasuk wawancara dan observasi keluarga dan institusi (Ningrum, 2021).

#### **B. Diagnosa keperawatan**

Pengkajian klinis terhadap reaksi klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik nyata maupun potensial, dikenal sebagai diagnostik keperawatan. Identifikasi respons klien, individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah yang berhubungan dengan kesehatan adalah tujuan diagnosis keperawatan (Efendi & Suheryadi, 2023)

Berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan 3 diagnosa selanjutnya penulis akan melakukan pembahasan pada masing-masing diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus tersebut yaitu :

**1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri pada betis kanan luka pasca operasi, nampak meringis, tampak melindungi area nyeri.**

Menurut SDKI (2018), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik ataupun emosional berhubungan dengan rusaknya jaringan aktual maupun fungsional, onset secara tiba-tiba maupun lambat, berintensitas ringan sampai berat selama kurang dari 3 bulan. Adapun alasan mengangkat diagnosa nyeri akut ini karena klien terdiagnosa medis post op fraktur yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian fibula dextra yang menimbulkan rasa nyeri akut. Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut dikarenakan pada saat pengkajian ditemukan data subyektif pasien mengeluh nyeri area kaki kanan pasca operasi, dan didapatkan data obyektif pasien nampak meringis, bersikap protektif terdapat area nyeri, nampak gelisah, dan tidak nyaman dengan PQRST sebagai berikut : P= klien mengungkapkan nyeri pada kaki kanan dibagian luka pasca operasi, Q= seperti ditusuk, R= nyeri dirasa dibetis kaki kanan, S= skala 4, T= terus – menerus. TD= 170/80 mmHg, N= 81x/menit, RR= 21x/menit, S= 36,5°C.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berkaitan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien mengatakan kaki kanannya terasa nyeri seperti ditusuk, mengeluh tidaknyaman, nampak meringis, tampak melindungi area nyeri. Penulis menetapkan beberapa rencana tindakan keperawatan untuk mengurangi rasa nyeri setelah dilakukannya tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam. Kriteria hasil yang diharapkan rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun, tekanan darah menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Berikut merupakan beberapa intervensi yang ditetapkan : mengidentifikasi area nyeri yang dirasakan oleh pasien, nyeri yang dirasakan seperti apa, tingkat nyeri yang dirasakan dengan skala berapa, durasi, intensitas, dan durasi nyeri, mengidentifikasi faktor yang membuat nyeri bertambah dan berkurang, memberikan terapi

nonfarmakologis (tarik napas dalam). Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi dapat diselesaikan karena pasien sangat kooperatif.

Pada tahap evaluasi hari ketiga ditemukan keluhan nyeri yang dirasakan pasien telah berkurang. Dengan hasil PQRST, P= Nyeri berkurang, Q= nyeri seakan tertimpa benda berat, R= area pinggang, S= skala 2. Dari pengkajian tersebut maka kriteria hasil yang dicapai yaitu masalah nyeri teratasi.

## **2. Resiko infeksi dihubungkan dengan efek prosedur invasif dihubungkan dengan luka pada pasca operasi terasa nyeri**

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142) adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Adapun alasan mengangkat diagnosa risiko infeksi karena klien terdiagnosa medis post op fraktur yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra dan dapat mengakibatkan risiko infeksi dari prosedur tindakan pembedahan. Dibuktikan dengan pasien tampak lemah, terdapat luka operasi dibagian ekstremitas bawah kanan dengan lebar 4-6 cm dan ditutup perban serta kasa. Penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi dikarenakan pada saat pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada area luka post op fraktur fibula dextra, dan didapatkan data objektif luka pasien tampak bersih, tidak terlihat ada kemerahan pada luka pasien, tidak ada peningkatan suhu tubuh pada pasien, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi diagnosa risiko infeksi dihubungkan dengan prosedur invasif ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka pasca operasi, pasien nampak meringis. Penulis menetapkan beberapa rencana tindakan keperawatan untuk mengurangi rasa nyeri setelah dilakukannya tindakan keperawatan

dalam waktu 3x8 jam. Kriteria hasil yang diharapkan keadaan umum membaik, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka tampak bersih tidak bengkak, dan tidak ada kemerahan. Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi dapat diselesaikan karena pasien sangat kooperatif.

Pada tahap evaluasi hari ketiga ditemukan keluhan nyeri yang dirasakan pasien telah berkurang. Luka bersih tidak ada pembengkakan, dan tidak ada kemerahan pada luka, tidak ada peningkatan pada suhu tubuh pasien dan tidak ada pembengkakan.

**3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi ditandai dengan adanya balutan kasa dikaki kanannya karena luka pasca operasi.**

Menurut SDKI PPNI (2017), Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Adapun alasan mengangkat diagnosa gangguan rasa nyaman ini karena klien terdiagnosa medis post op fraktur yang disebabkan oleh prosedur operasi akibat fraktur pada bagian tibia fibula dextra yang menimbulkan rasa nyeri akut dan rasa tidak nyaman karena ada luka pasca operasi. Penulis mengangkat diagnosa gangguan rasa nyaman dikarenakan pada saat pengkajian ditemukan data subyektif pasien mengeluh nyeri area kaki kanan pasca operasi, dan didapatkan data obyektif pasien nampak meringis, bersikap protektif terdapat area nyeri, nampak gelisah, dan tidak nyaman dengan.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan ditandai dengan pasien mengatakan kaki kanannya terasa nyeri seperti ditusuk, nampak meringis, dan pasien merasa tidak nyaman. Penulis menetapkan beberapa rencana tindakan keperawatan untuk mengurangi gangguan rasa nyaman setelah dilakukannya tindakan keperawatan dalam waktu 3x8 jam. Kriteria hasil yang diharapkan keluhan tidak nyaman dari meningkat



menjadi cukup menurun, gelisah dari meningkat menjadi cukup menurun. Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi dapat diselesaikan karena pasien sangat kooperatif.

Pada tahap evaluasi hari ketiga ditemukan keluhan gangguan rasa nyaman yang dirasakan pasien telah berkurang. Keluhan tidaknyaman dari meningkat menjadi cukup menurun.

Penulis akan membahas tentang diagnosa keperawatan tersebut yang seharusnya tidak muncul tetapi penulis munculkan pada kasus Tn. M. Menurut SDKI PPNI (2017), gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Adapun alasan tidak seharusnya diagnosa keperawatan tersebut diangkat yaitu dikarenakan dipengkajian tidak ditemukan data subjektif pasien tidak nyaman dengan adanya balutan kasa pada luka pasca operasi, dan tidak didapatkan data objektif pasien terlihat tidak nyaman.

Selanjutnya penulis akan membahas tentang diagnosa keperawatan tambahan pada kasus Tn. M dengan penyakit post op fibula dextra yang tidak diangkat karena terpenuhinya asuhan keperawatan berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien dengan menegakkan diagnosa prioritas, yaitu :

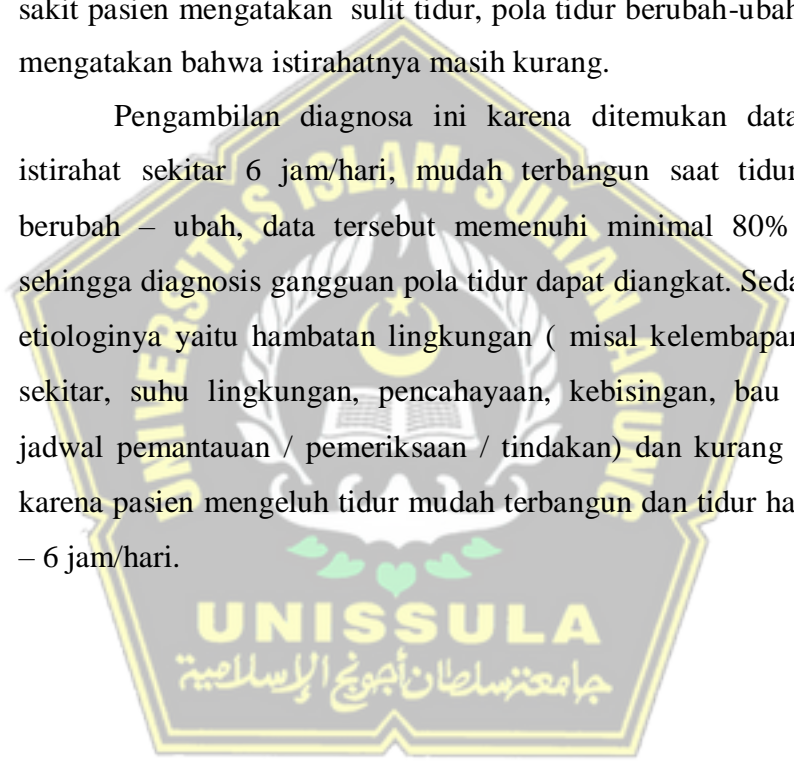
- 1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien terlihat lemah, aktivitas dibantu sebnagian.**

Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penulis seharusnya menuliskan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang menjadi salah satu dari ketiga diagnosa prioritas yang perlu ditegakkan karena karena gejala dan tanda mayor minor keletihan lebih sesuai dengan penyakit dan keluhan yang dialami oleh Tn. M .

**2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan sulit tidur, istirahat 5 – 6 jam/hari, mudah terbangun saat tidur, pola tidur berubah – ubah.**

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal menurut SDKI (2018). Penulis seharusnya menuliskan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan menjadi salah satu dari ketiga diagnosa prioritas yang perlu ditegaskan karena terdapat data/pengkajian setelah sakit pasien mengatakan sulit tidur, pola tidur berubah-ubah, Tn. M juga mengatakan bahwa istirahatnya masih kurang.

Pengambilan diagnosa ini karena ditemukan data sulit tidur, istirahat sekitar 6 jam/hari, mudah terbangun saat tidur, pola tidur berubah – ubah, data tersebut memenuhi minimal 80% data mayor sehingga diagnosis gangguan pola tidur dapat diangkat. Sedangkan untuk etiologinya yaitu hambatan lingkungan ( misal kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan / pemeriksaan / tindakan) dan kurang kontrol tidur karena pasien mengeluh tidur mudah terbangun dan tidur hanya sekitar 5 – 6 jam/hari.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Berikut kesimpulan yang dapat diambil dari hasil studi kasus pada Tn. M yang dirawat selama tiga hari pada tanggal 1 Juni sampai dengan tanggal 3 Juni di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang karena luka kaki kanan pasca operasi. Studi kasus meliputi asesmen, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

##### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pemeriksaan diketahui bahwa pasien melaporkan mengalami nyeri pada luka operasi akibat operasi pada kaki kanan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dengan skala nyeri 4, dan nyeri yang dirasakan secara konsisten yang dibuktikan oleh pasien. menampilkan ekspresi wajah meringis dan gelisah. Pasien dibantu oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhannya, seperti makan, minum, dan BAK, yang ditandai dengan pasien hanya berbaring di tempat tidur. Pasien tidak dapat duduk dan miring ke kanan dan ke kiri. Ketika ditanya tentang kondisinya, pasien tampak bingung, menandakan bahwa dia bingung dengan terapi dan keadaan lukanya. Didapatkan luka operasi dibagian ekstermitas bawah kanan dengan sebesar 4-6 cm dan tertutup oleh perban serta kasa.

##### **2. Diagnosa**

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan, penulis merumuskan masalah keperawatan yang muncul pada klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi.

### 3. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi dalam studi kasus pada pasien dengan kasus post op fraktur fibula deextra disesuaikan dengan masalah yang muncul. Intervensi ini telah sesuai dengan SIKI (2018) dan SLKI (2018) di dalamnya berisi tentang observasi, terapeutik dan edukasi.

### 4. Implementasi

Berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang dibuat, penulis melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien implementasi dilakukan selama 3x8 jam.

### 5. Evaluasi

Asuhan keperawatan yang telah diberikan selama tiga hari perawatan hingga evaluasi pasien post operasi fraktur dextra fibula dapat menjadi tiga diagnosa teratas dan dapat dicapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil SLKI dengan tujuan dari masalah yang sedang dihadapi. diselesaikan sebagian dengan tujuan diselesaikan untuk menghentikan intervensi.

## **B. Saran**

### 1. Bagi penulis

Harapannya untuk penulis untuk pengkajian dan tindakan keperawatan selanjutnya dapat didaptnya hasil pengkajian dan data penunjang yang lengkap untuk memperkuat diagnosa keperawatan.

### 2. Bagi masyarakat

Sebagai perawat diharapkan dapat memberikan edukasi maupun pendidikan kesehatan kepada masyarakat bagaimana cara mengatasi nyeri pasca operasi.

3. Bagi instansi

Penambahan perpustakaan diharapkan dapat menyempurnakan tubuh literatur sehingga dapat digunakan dan bermanfaat bagi mahasiswa selanjutnya dalam proses pembelajaran serta dijadikan sebagai bahan untuk memajukan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, khususnya keperawatan.



## DAFTAR PUSTAKA

- (Tabita Widyasari, 2021). (2015). Penatalaksanaan fisioterapi pada kasus fraktur. (Tabita Widyasari, 2021)., 1–17.
- Antoro, B., & Amatiria, G. (2018). Pengaruh Tehnik Relaksasi Guide Imagery terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 13(2), 239. <https://doi.org/10.26630/jkep.v13i2.938>
- Arbabi, V., Gielis, W. P., Jong, P. A. De, Weinans, H., Tuijthof, G. J. M., & Zadpoor, A. A. (2019). *Journal of*. 132–144. <https://doi.org/10.1111/joa.12900>
- Efendi, B., & Suheryadi, A. (2023). *Pengembangan Aplikasi Standar Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Anak Di RSUD Indramayu*. 6(1), 163–172.
- Fitamania, J., Yakpermas Banyumas, P., & III Keperawatan, D. (2022). Literature Review Efektifitas Latihan Range Ofmotion (ROM) terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Dwi Astuti<sup>2</sup> Fida Dyah Puspasari<sup>3</sup>. *Journal of Nursing and Health* , 7(2), 159–168.
- Kusumawardani, N., Stikes, D., Teguh, M., Loho, L. L., Setiawan, S. D., Henrika, F., Silangit, T., Wirawan, R., Prasetya, K. A. H., Wihandani, D. M., Riska, R., Wijaya, C. A., Kusnadi, Y., Zen, N. F., & Nugroho, M. D. (2015). Closed Fraktur Tibia Fibula Dextra 1/3 Medial Displaced. *Medula Unila*, 4(1), 39–44. <http://ejournal.unsri.ac.id/index.php/mks/article/view/2741%0Ahttps://proceedings.ums.ac.id/index.php/kedokteran/article/view/239%0Ahttp://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/MPK/article/download/940/812>
- Manurung, J., Munthe, S. A., Bangun, H. A., & Putri, N. (2020). Jurnal Teknologi , Kesehatan dan Ilmu Jurnal Teknologi , Kesehatan dan Ilmu. *Jurnal Teknologi, Kesehatan Dan Ilmu Sosial*, 2(2), 11–19.
- Morohashi, I., Mogami, A., Wakeshima, T., Kameda, S., Matsuo, T., Muraoka, T., Obayashi, O., Kaneko, K., & Ishijima, M. (2023). Early results of intramedullary nail fixation in distal tibia oblique osteotomy for the reduction of soft tissue complications. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 31(1). <https://doi.org/10.1177/10225536231157136>

- Ningrum, N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Diagnosa Medis Osteoarthritis Di Desa Pasirian Lumajang. *Karya Tulis Ilmiah*, 95. <https://books.google.co.id/books?id=Hr8waKol42IC>
- Pelawi, A., & Purba, J. S. (2019). Teknik Pemeriksaan Fraktur Wrist Join Dengan Fraktur Sepertiga Medial Tertutup. *Jurnal Radiologi*, 7(1), 22–27.
- PPNI. (2018). *No Title standar diagnosis keperawatan indonesia*. (pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia (ed.)).
- PPNI. (2020). Diagnosa Keperawatan sebagai Bagian Penting Dalam Asuhan Keperawatan. In *OSF Preprints* (pp. 1–9).
- Ramadhani, R. P., Romadhona, N., Djojogugito, M. A., Hadiati, D. E., & Rukanta, D. (2019). Hubungan Jenis Kecelakaan dengan Tipe Fraktur pada Fraktur Tulang Panjang Ekstremitas Bawah. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 1(1), 32–35. <https://doi.org/10.29313/jiks.v1i1.4317>
- Tuti Elyta, Miming Oxyandi, & Reginta Ayu Cahyani. (2022). Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Gastritis. *Jurnal Kesehatan : Jurnal Ilmiah Multi Sciences*, 11(2), 136–147. <https://doi.org/10.52395/jkjims.v11i2.335>
- V.A.R.Barao, R.C.Coata, J.A.Shibli, M.Bertolini, & J.G.S.Souza. (2022). Nyeri Akut pada Ny. G dengan Post Op Fraktur Tibia Fibula di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhayangkari Anton Soedjarwo. In *Braz Dent J*. (Vol. 33, Issue 1).
- Wahyu Saputro. (2018). Upaya Penurunan Nyeri pada PAsien Post Operasi Open Fraktur Cruris di Rsop Dr.R.Soeharso Surakarta. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Wijonarko, & Jaya Putra, H. (2023). Penerapan Proses Perawatan Pada Pasien Raktur Radius Distal Dexra di Ruangan Kutilang di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 5(1), 57–64. <https://doi.org/10.59030/jkbd.v5i1.71>