

**PENERAPAN LATIHAN ROM SPHERICAL GRIP UNTUK
MENGATASI GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
PASIEEN POST OP FRAKTUR RADIUS ULNA
DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**NAVALIA NAILIN MUDVIYANTI
NIM. P17212245107**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2025**

**PENERAPAN LATIHAN ROM SPHERICAL GRIP UNTUK
MENGATASI GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA
PASIEEN POST OP FRAKTUR RADIUS ULNA
DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

**NAVALIA NAILIN MUDVIYANTI
NIM. P17212245107**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

"PENERAPAN LATIHAN ROM SPHERICAL GRIP UNTUK MENGATASI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN POST OP FRAKTUR
RADIUS ULNA DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI"

Disusun oleh:

NAVALIA NAILIN MUDVIYANTI

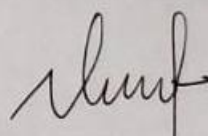
NIM. P17212245107

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners



(Joko Wiyono, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom)
NIP. 196909021992031002

Tanggal Disetujui 05 Juni 2025
Pembimbing KIAN



(Marsaid, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIP. 197012301997031002

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

“PENERAPAN LATIHAN ROM *SPHERICAL GRIP* UNTUK MENGATASI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN POST OP FRAKTUR
RADIUS ULNA DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI”

Disusun oleh :

Navalia Nailin Mudviyanti
NIM. P17212245107

Telah dipertahankan dalam
seminar di depan tim penguji
pada tanggal
23 Juni 2025

SUSUNAN TIM PENGUJI

Ketua,

Supono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB
NIP. 196512101986031004

Anggota

Marsaid, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197012301997031002

(.....)
Supono
(.....)
Marsaid
(.....)

Malang, 2025

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik kesehatan kemenkes malang



[Signature]
Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 197608102002122001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah Ners ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Navalina Nailin Mudviyanti

NIM : P17212245107

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Navalina Nailin Mudviyanti', written in a cursive style.

Tanggal : 23 Juni 2025

ABSTRAK

Penerapan Latihan ROM *Spherical Grip* Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Op Fraktur Radius Ulna di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Navalia Nailin Mudviyanti (2025). Karya Ilmiah akhir ners. Program Studi Profesi Ners. Jurusan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing Utama Marsaid, S.Kep., Ns., M.Kep

Fraktur di sekitar sendi dapat menyebabkan keterbatasan pergerakan akibat nyeri, imobilisasi, dan penurunan kekuatan otot pasca operasi. Rehabilitasi diperlukan untuk mencegah gangguan mobilitas, salah satunya melalui latihan *spherical grip*. Tujuan penulisan karya ilmiah ini untuk menganalisis penerapan latihan ROM *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien post op fraktur radius ulna. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Responden berjumlah satu orang yang sesuai dengan kriteria inklusi. Penelitian dilaksanakan selama 5 hari dengan metode pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri terutama saat digerakkan, adanya fraktur tertutup pada tangan kiri, keterbatasan gerak pada tangan kiri, dan kesulitan melakukan aktivitas mandiri. Masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang diberikan adalah dukungan mobilisasi dengan pemberian latihan *spherical grip*. Evaluasi pada hari kelima diperoleh bahwa kekuatan otot pasien bertambah. Terapi menggenggam bola karet menstimulasi kontraksi otot, sehingga memperkuat kekuatan otot tangan. Penerapan latihan ROM *spherical grip* mampu untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada post op fraktur radius ulna. Penelitian lanjutan disarankan untuk menggabungkan terapi ini dengan modalitas lain guna meningkatkan efektivitas pemulihan fungsi fisik dan memperluas manfaat terapeutik yang dapat diperoleh pasien.

Kata Kunci: Fraktur radius-ulna, rentang gerak, Terapi Latihan

ABSTRACT

Application Of Spherical Grip ROM Exercises To Overcome Physical Mobility Impairment In Post-Operative Radius Ulna Fracture Patients at RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Navalina Nailin Mudviyanti (2025). Final Scientific Paper for Nurse Profession Program. Nursing Profession Study Program, Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Main Advisor: Marsaid, S.Kep., Ns., M.Kep

Fractures around joints can limit movement due to pain, immobilization, and decreased muscle strength after surgery. Rehabilitation is needed to prevent mobility impairments, one of which is through spherical grip ROM exercises. This scientific paper aims to analyze the application of spherical grip exercises to overcome physical mobility impairment in post-operative radius-ulna fracture patients. This qualitative descriptive study used a nursing process approach with one respondent who met the inclusion criteria. The research was conducted over five days using observation, interviews, and document review. The assessment revealed pain in the left hand, limited movement, a closed fracture, and difficulty in performing daily activities. The identified nursing diagnosis was impaired physical mobility. The intervention included mobilization support through spherical grip exercises. By day five, the patient showed improved muscle strength. Squeezing a rubber ball stimulated muscle contractions, helping strengthen hand muscles. The study concludes that spherical grip ROM exercises effectively improve physical mobility in post-operative radius-ulna fracture patients. Further studies are recommended to combine this therapy with other modalities to enhance recovery and broaden therapeutic benefits.

Keywords: Radius-ulna fracture, range of motion, Exercise Therapy

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners yang berjudul “Penerapan Latihan ROM *Spherical Grip* Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Post Op* Fraktur Radius Ulna di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi”. Penulisan Karya Ilmiah Ners ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk mencapai gelar Ners. Karya Ilmiah Ners ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Afnani Toyibah, A.Per.Pen, M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Ibu Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Bapak Joko Wiyono, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Malang.
4. Bapak Marsaid, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Ilmiah Ners ini.
5. Bapak Supono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB selaku Ketua Penguji yang bersedia menguji penulis, memberikan saran, bimbingan, arahan dan motivasi dalam menyusun karya ilmiah ini.

6. Ibu dr. Endah Woro Utami, MMRS selaku Direktur RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan berupa material dan moral.
8. Seluruh staf di Ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang telah membantu dan membagikan ilmunya selama proses pengambilan data Karya Ilmiah Ners.
9. Rekan–rekan mahasiswa Karya Ilmiah Ners Malang angkatan 2024 yang telah banyak membantu berupa motivasi dalam penyelesaian Karya Ilmiah Ners ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan dalam penulisan Karya Ilmiah Ners ini. Semoga Karya Ilmiah Ners ini membawa manfaat bagi pengemban ilmu.

Malang,

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	2
A. Latar Belakang	2
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Medis Fraktur.....	7
1. Definisi Fraktur	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi	10
4. Manifestasi klinis.....	11
5. Patofisiologi.....	13
6. Pathway	16
7. Pemeriksaan penunjang	17
8. Penatalaksanaan.....	18
B. KONSEP GANGGUAN MOBILITAS FISIK	19
1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik	19

2.	Data Mayor dan Data Minor Gangguan Mobilitas Fisik.....	20
3.	Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik	21
4.	Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik	21
C.	KONSEP SPHERICAL GRIP	22
1.	Pengertian.....	22
2.	Teknik Pemberian Spherical Grip	22
3.	Manfaat Pemberian Spherical Grip	23
4.	Implementasi Spherical Grip Exercise	24
D.	KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	25
1.	Fokus pengkajian.....	25
2.	Diagnosa keperawatan.....	33
3.	Intervensi keperawatan.....	34
4.	Implementasi keperawatan	48
5.	Evaluasi keperawatan	48
BAB 3	METODE	50
A.	Metode.....	50
B.	Lokasi Dan Waktu.....	50
C.	Subyek.....	51
D.	Pengumpulan Data	51
BAB 4	HASIL.....	53
A.	Pengkajian.....	53
B.	Diagnosa Keperawatan.....	69
C.	Rencana Tindakan Keperawatan.....	71
D.	Implementasi Keperawatan.....	76
E.	Evaluasi Keperawatan.....	84
BAB 5	PEMBAHASAN	97
A.	Analisis Karakteristik Pasien	97
B.	Analisis masalah keperawatan	99
C.	Analisis intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan.....	101
D.	Analisis implementasi keperawatan.....	103
E.	Analisis evaluasi keperawatan	105
BAB 6	PENUTUP.....	110

A. Kesimpulan	110
B. Saran.....	111
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN.....	117

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	34
Tabel 4. 1 Pemeriksaan Laboratorium Hema automatic.....	64
Tabel 4. 2 Pemeriksaan Laboratorium Tes Faal Hati	65
Tabel 4. 3 Penatalaksanaan dan Terapi	65
Tabel 4. 4 Analisa Data.....	67
Tabel 4. 5 Diagnosa Keperawatan.....	69
Tabel 4. 6 Prioritas Diagnosa Keperawatan	70
Tabel 4. 7 Rencana Tindakan Keperawatan	71
Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan tanggal 26 Februari 2025	76
Tabel 4. 9 Implementasi tanggal 27 Februari 2025	77
Tabel 4. 10 Implementasi tanggal 28 Februari 2025	79
Tabel 4. 11 Implementasi tanggal 01 Maret 2025	80
Tabel 4. 12 Implementasi tanggal 02 Maret 2025	82
Tabel 4. 13 Evaluasi keperawatan nyeri akut	84
Tabel 4. 14 Evaluasi gangguan mobilitas fisik.....	87
Tabel 4. 15 Evaluasi masalah keperawatan defisit perawatan diri.....	89
Tabel 4. 16 Evaluasi masalah keperawatan risiko infeksi	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Fraktur Radius Ulna	16
Gambar 5. 1 Grafik evaluasi perkembangan latihan spherical grip	106

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Latihan ROM aktif Spherical Grip.....	117
Lampiran 2 Lembar Penilaian Keberhasilan Terapi Spherical Grip	119
Lampiran 3 Lembar bimbingan.....	120

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan penyebab tingginya angka kecacatan di seluruh dunia. Salah satunya, fraktur radius ulna, sering terjadi karena cedera. Fraktur antebrachi adalah terputusnya kontinuitas tulang radius dan tulang ulna. Yang dimaksud dengan antebrachi adalah batang (*sharf*) tulang radius dan ulna. Fraktur antebrachi merupakan suatu perpatahan pada tangan bawah yaitu pada tulang os radius dan os ulna dimana kedua tulang mengalami perpatahan (Susanti and Surya Purnama, 2021). Fraktur dapat mengakibatkan terjadinya keterbatasan gerak, terutama di daerah sendi yang fraktur dan sendi yang ada di daerah sekitarnya, karena keterbatasan gerak tersebut mengakibatkan terjadinya keterbatasan lingkup gerak sendi dan gangguan pada fleksibilitas sendi (Munzirin, 2020). Pada pasien fraktur dengan gangguan imobilisasi tidak bisa menggerakkan anggota tubuh yang sakit, pasien juga membutuhkan bantuan pada keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (Ramadhanti, Wibowo and Burhan, 2023).

Upaya pengembalian bentuk tulang yang mengalami fraktur adalah tindakan operasi. Operasi akan menimbulkan permasalahan pada kapasitas fisik dan kemampuan fungsional. Setelah operasi, pasien sering mengalami gangguan mobilitas fisik akibat beberapa faktor, seperti imobilisasi jangka panjang, nyeri pasca operasi, serta penurunan kekuatan otot dan fleksibilitas sendi. Setelah operasi, pasien biasanya menggunakan alat imobilisasi seperti *sling*, *brace*, atau gips yang membatasi pergerakan lengan dan bahu dalam jangka waktu tertentu.

Akibatnya, atrofi otot, kekakuan sendi, serta penurunan koordinasi dan kekuatan genggam tangan sering terjadi. Jika tidak segera ditangani dengan rehabilitasi yang tepat, gangguan mobilitas ini dapat berlanjut menjadi disabilitas jangka panjang yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari pasien, seperti makan, berpakaian, atau bahkan sekadar mengangkat benda ringan (Kriestana, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO), kasus fraktur terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2017, dengan angka prevalensi sebesar 2,7 %. Sementara pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4,2 %. Tahun 2019 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 4,5 %. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya. (Rahmazani, 2024). Menurut (Riskesdas 2018 dalam (Ramadhanti, Wibowo and Burhan, 2023)), bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah ekstremitas bagian bawah 67%, ekstremitas bagian atas 32%, cedera kepala 11.9%, cedera punggung 6,5%, cedera dada 2,6%, dan cedera perut 2,2%. Berdasarkan data dari RSUD Ngudi Wlingi yang ditemukan selama praktek 3 minggu sekitar 4 orang menderita fraktur radius ulna.

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak atau patahnya tulang yang utuh, yang biasanya disebabkan oleh trauma/rudapaksa atau tenaga fisik yang ditentukan jenis dan luasnya trauma (Enawati, Erli and Widyastuti, 2022). Fraktur dapat terjadi karena trauma langsung, trauma tidak langsung, maupun kondisi patologis. Penyebab terbanyak fraktur adalah kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya. Fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degeneratif dan patologi. Setelah operasi fraktur

radius ulna, tubuh mengalami proses penyembuhan yang melalui tiga tahap utama, yaitu fase inflamasi, fase reparatif, dan fase remodeling. Gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca operasi terjadi akibat kombinasi dari nyeri, pembengkakan, imobilisasi, serta perubahan struktur jaringan otot dan sendi (Qasanah, Winarto and Yunani, 2023).

Gangguan mobilitas fisik yang terjadi pasca operasi fraktur radius ulna dapat diperburuk oleh beberapa faktor, seperti nyeri kronis, kontraktur sendi, kelemahan otot akibat imobilisasi yang berkepanjangan, serta gangguan saraf akibat cedera intraoperatif. Oleh karena itu, untuk mencegah gangguan mobilitas yang lebih parah, pasien perlu melakukan latihan rehabilitasi, salah satunya adalah *spherical grip*. Latihan *spherical grip* merupakan latihan *Range of Motion* (ROM) yang berfokus pada kemampuan menggenggam benda berbentuk bulat atau melingkar, seperti bola terapi atau bola tenis. Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot tangan serta lengan atas, sehingga pasien dapat kembali melakukan aktivitas fungsional dengan lebih baik (Appulembang *et al.*, 2022).

Dalam rehabilitasi pasien *post-op* fraktur, latihan *spherical grip* memiliki beberapa manfaat, di antaranya melatih koordinasi tangan dan lengan atas, meningkatkan proprioseptif, serta mencegah atrofi otot akibat imobilisasi yang berkepanjangan. Selain itu, latihan ini membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam menggenggam dan mengontrol objek, sehingga dapat memudahkan mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti memegang gelas, memutar kenop pintu, atau menulis. Latihan *spherical grip* dilakukan secara bertahap, dimulai dengan tekanan ringan hingga pasien mampu menggenggam dengan lebih

kuat. Seiring dengan latihan yang rutin, pasien akan mengalami peningkatan fleksibilitas sendi, kekuatan otot, serta kemampuan fungsional ekstremitas atas, yang pada akhirnya mendukung pemulihan optimal pasca operasi fraktur.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan latihan ROM *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien post op fraktur radius ulna di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Menganalisis penerapan latihan ROM *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *post op* fraktur radius ulna di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien *post op* fraktur radius ulna dengan gangguan mobilitas fisik di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi
2. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan pada pasien *post op* fraktur radius ulna dengan gangguan mobilitas fisik di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi
3. Mengidentifikasi perencanaan keperawatan pada pasien *post op* fraktur radius ulna dengan gangguan mobilitas fisik di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

4. Melakukan penerapan latihan ROM spherical grip untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien post op fraktur radius ulna di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi
5. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada pasien *post op* fraktur radius ulna dengan gangguan mobilitas fisik di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya dan meningkatkan ilmu pengetahuan bagi penulis dan pembaca tentang penerapan latihan ROM *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *post op* fraktur radius ulna.

2. Manfaat praktis

a. Bagi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

Hasil penelitian ini dapat menjadi implementasi tambahan dalam asuhan keperawatan, yaitu sebagai salah satu metode terapi non farmakologis untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik.

b. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Hasil penelitian ini dapat menambah referensi kepustakaan bagi ilmu kesehatan khususnya di keperawatan yang berhubungan dengan penerapan latihan rom *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *post op* fraktur radius ulna.

c. Bagi Peneliti

Kegiatan penelitian ini menjadi pengalaman berharga untuk meningkatkan kemamuan dan pengembangan ilmu keperawatan tentang penerapan latihan ROM *spherical grip* untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *post op* fraktur radius ulna.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Fraktur

1. Definisi Fraktur

Fraktur didefinisikan sebagai hilangnya seluruh atau sebagian kontinuitas tulang di temukan berdasarkan jenisnya fraktur terjadi ketika tulang mengalami tekanan lebih dari yang bisa ditahannya. Fraktur sering terjadi trauma tetapi juga dapat terjadi akibat fraktur patologis yang hanya diakibatkan oleh ketegangan otot ringan selama aktivitas sehari-hari (Sitio *et al.*, 2022). Besarnya gaya, kondisi tulang itu sendiri dan jaringan lunak yang mengelilingi tulang menentukan kondisi fraktur. Yang dimaksud radius ulna adalah pergelangan tangan. Fraktur 1/3 distal radius dan ulna adalah tulang yang mengalami pergeseran yang terjadi pada di lengah bawah area mendekati wrist. Fraktur radius ulna yaitu terputusnya hubungan tulang secara melintang pada radius tepatnya diatas pergelangan tangan, dengan pergeseran dorsal fragmen distal. Fraktur *colles* terjadi pada 50 mm dari distal tulang radius (Raditya, 2022).

2. Klasifikasi

Klasifikasi fraktur dapat sangat bervariasi tetapi untuk alasan yang praktis, menurut Susanti and Surya Purnama (2021) dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu :

1. Berdasarkan sifat fraktur :

- a. fraktur tertutup, bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi.
 - b. fraktur terbuka, bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit. Fraktur terbuka digradasi menjadi :
 - 1) Grade 1: luka laserasi <2cm, fraktur sederhana, dislokasi fragmen minimal
 - 2) Grade 2 : luka atau laserasi < 2cm, kontosio otot dan sekitarnya, dislokasi fragmen jelas
 - 3) Grade 3 : luka lebar, rusak hebat, atau hilang jaringan sekitar.
2. Berdasarkan komplrit atau ketidakkomplitan fraktur :
- a. Fraktur komplrit

Bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang.
 - b. Fraktur inkomplrit.

Bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang seperti :

 - 1) *Hair line* fratur (patah retak rambut)
 - 2) *Buckle* atau torus fraktur, bila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang spongiosa dibawahnya
 - 3) *Green stick* Fraktur, mengenai satu korteks dengan angulasi korteks lainnya yang terjadi pada tulang panjang.
3. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma:

- a. Fraktur Transversal
Fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
 - b. Fraktur oblik
Fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumber tulang dan merupakan akibat trauma angulasinya
 - c. Fraktur spiral
Fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi
 - d. Fraktur kompresi
Fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain
 - e. Fraktur avulasi
Fraktur yang di akibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang
4. Berdasarkan Jumlah garis patah :
- a. Fraktur kominitif, garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan
 - b. Fraktur segmental, garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan
 - c. Fungsi multiple, fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
5. Berdasarkan pergeseran fregmen tulang:
- a. Fraktur *Undisplaced* (tidak bergeser)
Garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dari peristeum masih utuh.

b. Fraktur *displaced* (bergeser)

Terjadi pergesekan fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen

c. Fraktur kelelahan, fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang

d. Fraktur patologis, fraktur akibat karena proses patologis tulang

e. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak trauma.

3. Etiologi

Fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Fraktur cenderung terjadi pada laki-laki, biasanya fraktur terjadi pada usia dibawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan, atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor. Sedangkan pada orang tua, perempuan lebih sering mengalami fraktur dari pada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatnya insiden osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormone pada menopause (Swit Rahmi et al., 2019)

Jenis fraktur dibedakan menjadi:

1. Cedera Traumatik

Cedera traumatic pada tulang dapat disebabkan oleh:

a. Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit diatasnya.

- b. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
- c. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat

2. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur, seperti:

- a. Tumor tulang (jinak atau ganas), yaitu pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali atau progresif.
- b. Infeksi seperti osteomyelitis, dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- c. Rakhitis, suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D.
- d. Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran

4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala fraktur radius ulna Susanti & Surya Purnama (2021) antara lain:

1. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi.

2. Pembengkakan

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi darah ke jaringan sekitar.

3. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur

4. Spasme otot

Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

5. Nyeri

Jika pasien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing pasien. Nyeri biasanya terus-menerus, meningkat jika fraktur diimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.

6. Ketegangan

Ketegangan di atas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi

7. Kehilangan fungsi

Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera saraf.

8. Gerakan abnormal dan krepitasai

Manifestasi ini terjadi karena gerakan dari bagian tengah atau gesekan antar fragmen fraktur.

9. Perubahan neurovaskular

Cedera neurovaskuler terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. pasien dapat mengeluhkan rasa kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.

10. Syok

Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Perdarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok

5. Patofisiologi

Trauma langsung dan tidak langsung serta kondisi patologis pada tulang dapat menyebabkan patah tulang. Fraktur adalah diskontinuitas atau pemisahan tulang menjadi beberapa fragmen tulang yang menyebabkan perubahan jaringan di sekitar fraktur, termasuk laserasi kulit akibat fragmen tulang tersebut, kerusakan jaringan kulit ini dapat memicu perawatan berupa gangguan integritas kulit. Kerusakan kulit akibat pecahan tulang dapat menyebabkan terputusnya pembuluh darah vena dan arteri di daerah yang retak, yang dapat menyebabkan perdarahan (Apriliani, 2022).

Perdarahan vena dan arteri yang menetap dan cukup lama mengakibatkan penurunan volume darah dan aliran cairan dalam pembuluh darah, yang dapat menimbulkan komplikasi syok hipovolemik jika perdarahan tidak segera dihentikan Perubahan jaringan di sekitarnya yang disebabkan oleh fragmen tulang dapat menyebabkan kelainan bentuk pada daerah fraktur akibat pergerakan fragmen tulang itu sendiri. Deformitas pada area ekstremitas dan bagian tubuh lainnya menyebabkan seseorang mengalami keterbatasan mobilitas akibat perubahan dan

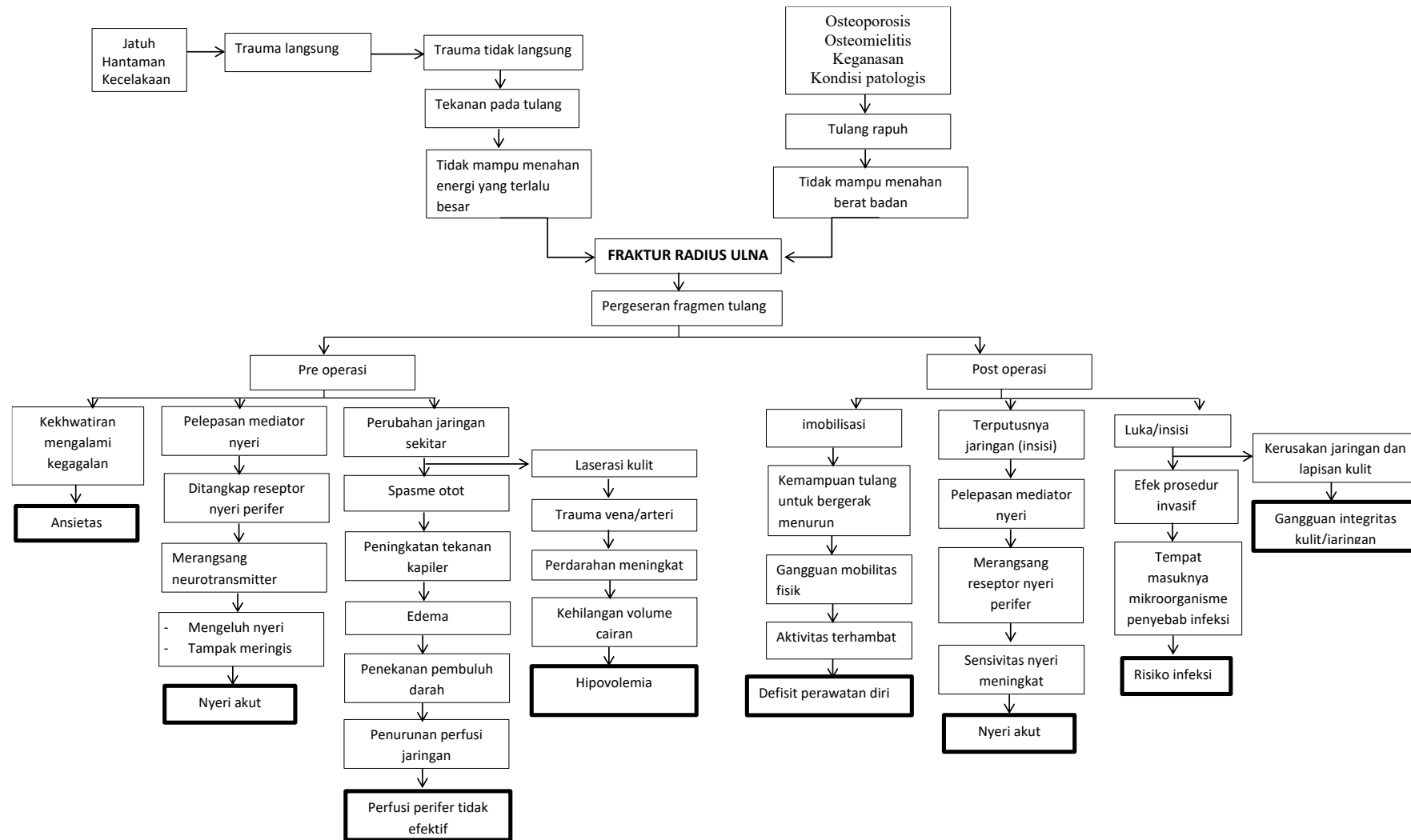
disfungsi pada area deformitas tersebut, sehingga menimbulkan masalah keperawatan berupa gangguan mobilitas fisik. Pergeseran fragmen tulang itu sendiri dapat menyebabkan masalah perawatan berupa rasa sakit. Setelah fraktur terjadi, otot-otot di lokasi fraktur akan melindungi lokasi fraktur melalui spasme otot (Hawks, 2020).

Spasme otot adalah splint alami yang mencegah perpindahan fragmen tulang ke tingkat yang lebih parah dan menyebabkan peningkatan tekanan darah kapiler dan merangsang tubuh untuk melepaskan histamin, yang meningkatkan permeabilitas pembuluh darah dan memungkinkan cairan intravaskular berpindah ke ruang interstisial. Pergerakan cairan intravaskular ke dalam ruang interstisial juga membawa protein plasma. Pemindahan cairan intravaskuler ke interstitium dalam jangka waktu tertentu akan menyebabkan edema jaringan perifer atau interstisial akibat penimbunan cairan, menyebabkan pembuluh darah perifer terkompresi atau terhambat, dan perfusi jaringan perifer berkurang. Penurunan perfusi jaringan akibat edema dapat menimbulkan masalah keperawatan berupa gangguan perfusi jaringan. Masalah dengan gangguan perfusi menyumbat pembuluh darah dan mengganggu perfusi jaringan (Hawks, 2020).

Jaringan juga dapat disebabkan oleh kerusakan pada fragmen tulang itu sendiri. Diskontinuitas tulang adalah pemecahan fragmen tulang yang meningkatkan tekanan sistem tulang melebihi tekanan kapiler, dan tubuh melepaskan katekolamin sebagai mekanisme kompensasi stres. Katekolamin berperan dalam memobilisasi asam lemak di pembuluh

darah, memungkinkan asam lemak ini berikatan dengan trombosit dan membentuk emboli di pembuluh darah (Hawks, 2020).

6. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Fraktur Radius Ulna

7. Pemeriksaan penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang menurut Bakhtiar (2020), adalah sebagai berikut:

1. Foto Rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma. Untuk mendapatkan gambaran 3 dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2 proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan pathologi yang dicari karena adanya superposisi. Perlu disadari bahwa permintaan X-ray harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang dan hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan.

2. Scan tulang, scan CT/MRI

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3. Arteriogram

Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai.

4. Hitung darah lengkap HT

Pemeriksaan ini yaitu seperti kadar hemoglobin (Hb). Pemeriksaan kimia darah untuk menunjukkan data terkait keadaan musculoskeletal. Kadar kalsium serum dapat berganti oleh kondisi osteomalasia, fungsi paratiroid, penyakit paget, imobilisasi lama dan juga tumor tulang metastasis.

5. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

6. Profil kagulasi

Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple, atau cedera hati.

8. Penatalaksanaan

Intervensi medis dengan penatalaksanaan pembedahan menimbulkan luka insisi yang menjadi pintu masuknya organisme patogen serta akan menimbulkan masalah resiko tinggi infeksi pascabedah, nyeri akibat trauma jaringan lunak. Intervensi pembedahan pada fraktur tertutup adalah ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) merupakan tindakan bedah yang dilakukan guna untuk mempertemukan dan memfiksasi kedua ujung fragmen tulang yang patah serta untuk mengoptimalkan penyembuhan dan hasil, dengan cara pemasangan plate dan skrew, setelah tulang menyambung (satu-dua tahan) maka plate dan skrew akan dilepas, dirumah sakit pelepasan tersebut sering disebut dengan operasi ROI (*Remove Of Inplate*) apabila tidak dilakukan maka dapat mengganggu pertumbuhan tulang serta reaksi penolakan dari tubuh seperti infeksi (Saputra, 2019).

1. *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF)
2. ORIF adalah suatu jenis operasi atau pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi yang dilakukan ketika fraktur tersebut tidak dapat direduksi secara cukup dengan *close reduction* untuk mempertahankan posisi yang tepat pada fragmen tulang. Fungsi ORIF untuk mempertahankan fungsi fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergerakan.
3. *Remove Of Inplate* (ROI)

ROI (*Remove of Inplate*) adalah suatu tindakan operasi pembedahan untuk pelepasan internal fiksasi yang berbentuk plate dan skrew yang diberikan untuk memfiksasi tulang panjang yang mengalami fraktur. Secara umum, pasien yang terpasang *plate* memiliki gejala yang dapat dilacak *inplate in-situ* harus selalu lepas. *Plate* adalah perangkat medis yang diproduksi untuk menggantikan tulang atau sendi untuk mendukung tulang yang rusak. Di bidang Orthopedi, pada

umumnya dipasang dengan tujuan membantu proses penyembuhan tulang atau penyambungan tulang. Sehingga bila tujuan sudah tercapai, dianjurkan untuk mengeluarkan inplate tersebut dari dalam tubuh. Keuntungan melepas *inplate* pada tulang adalah membuat daya elastis tulang yang terpasang pen kembali seperti semula.

Terapi fraktur diperlukan konsep "empat R" yaitu rekognisi, reduksi reposisi, terence fiksasi, dan rehabilitasi

- a. Rekognisis atau pengenalan adalah dengan melakukan berbagai diagnosa yang benar sehingga akan membantu dalam penanganan fraktur karena perencanaan terapinya dapat dipersiapkan lebih sempurna.
- b. Reduksi atau reposisi adalah tindakan mengembalikan fragmen-fragmen fraktur semirip mungkin dengan keadaan atau kedudukan semula atau keadaan letak normal.
- c. Retensi atau fiksasi atau imobilisasi adalah tindakan mempertahankan atau menahan fragmen fraktur tersebut selama penyembuhan.
- d. Rehabilitasi adalah tindakan dengan maksud agar bagian yang menderita fraktur tersebut dapat kembali normal.

B. KONSEP GANGGUAN MOBILITAS FISIK

1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas fisik berfokus pada kemampuan seseorang untuk bergerak secara mandiri, bebas, sering, dan tanpa hambatan, guna memenuhi kebutuhan aktivitas dan menjaga kesehatan untuk menjalankan aktivitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik merujuk pada keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih bagian tubuh (Rahmazani, 2024)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018), Gangguan mobilitas fisik merujuk pada keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih ekstremitas. Sementara itu, hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dengan cara yang mandiri dan terarah pada satu atau lebih ekstremitas (NANDA, 2018). Dengan demikian, kesimpulan dari gangguan mobilitas fisik adalah adanya keterbatasan dalam gerakan fisik pada satu atau lebih ekstremitas, baik yang bersifat mandiri maupun terarah.

2. Data Mayor dan Data Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) data mayor dan minor dalam diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi hal-hal berikut :

1. Tanda dan gejala mayor

Tanda dan gejala mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik meliputi keluhan kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas. Sementara itu, tanda dan gejala utama objektifnya mencakup penurunan kekuatan otot dan penurunan rentang gerak (ROM). Penurunan kekuatan otot dapat dinilai menggunakan skala kekuatan otot *Medical Research Council (MRC)*, yaitu:

0: Tidak ada kontraksi otot yang terlihat.

1: Ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan.

2: Otot dapat berkontraksi dan menggerakkan bagian tubuh, tetapi tidak melawan gravitasi.

3: Otot dapat berkontraksi dan menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi, tetapi tidak melawan tahanan.

4: Otot dapat berkontraksi dan menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan.

5: Otot berfungsi normal dan dapat mempertahankan posisinya ketika diberi tahanan maksimal (normal).

2. Tanda dan gejala minor

Tanda dan gejala minor subjektif dari gangguan mobilitas fisik meliputi nyeri saat bergerak, ketidakmauan untuk bergerak, dan kecemasan saat melakukan pergerakan. Sedangkan, tanda dan gejala utama objektifnya mencakup kekakuan sendi, gerakan yang tidak terkoordinasi, keterbatasan gerakan, dan kelemahan fisik.

3. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) faktor penyebab dari diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik meliputi kerusakan pada integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, kurangnya kebugaran fisik, penurunan kendali dan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 untuk usia tertentu, efek dari agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurangnya informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan untuk bergerak, dan gangguan sensorik-persepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

4. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. *Range of Motion* (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya

sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk *Range of Motion* (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan *Range of Motion* (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (rahmawati .Salah satu latihan ROM yakni *spherical grip exercise*. *Spherical grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan (Appulembang *et al.*, 2022).

C. KONSEP SPHERICAL GRIP

1. Pengertian

Spherical grip merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan, dimana saat responden melakukan latihan dengan bola karet, beban yang diangkat lebih besar dari pada responden yang melakukan latihan dengan benda lain seperti tissue gulung yang menyebabkan kontraksi. Mekanisme yang dilakukan melalui latihan ini berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik (Appulembang *et al.*, 2022).

2. Teknik Pemberian Spherical Grip

Langkah-langkah *Range Of Motion* (ROM) *Spherical Grip* adalah sebagai berikut (Sutejo *et al.*, 2023):

1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

- Posisi: Pasien memegang bola terapi di tangan.
- Gerakan:

- 1) Minta pasien menekuk pergelangan tangan ke bawah (fleksi).
- 2) Lalu, angkat ke atas (ekstensi).
- 3) Ulangi 7 kali, istirahat jika lelah..

2. Deviasi Radial dan Ulnar

- Posisi: Tangan tetap memegang bola, telapak menghadap ke bawah.
- Gerakan:
 - 1) Gerakkan tangan ke arah ibu jari (deviasi radial).
 - 2) Lalu, ke arah kelingking (deviasi ulnar).
 - 3) Ulangi 7 kali.

4. Latihan Genggaman Bola (*Spherical Grip Exercise*)

- Posisi: Pasien memegang bola terapi dengan seluruh jari.
- Gerakan:
 - 1) Remas bola secara perlahan selama 5 detik, lalu lepaskan.
 - 2) Ulangi 7 kali.

Cara pemberian latihan yakni dengan membimbing para responden dalam mengikuti gerakan –gerakan latihan ROM aktif spherical grip sesuai SOP, durasi dalam pemberian latihan yaitu sebanyak 2 kali sehari (pagi dan sore) dalam 5 – 10 menit selama 5 hari berturut -turut.

3. Manfaat Pemberian Spherical Grip

Pada latihan *Spherical grip* diharapkan agar terjadi peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (*wrist joint*) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (*metacarpophalangeal joint*) dan jari-jari (*phalangs*). Pemberian latihan ROM Aktif *Spherical grip* dapat dijadikan sebagai alternative terapi latihan dalam proses rehabilitasi pasien *post op* untuk membantu memperkuat otot yang melemah pasca imobilisasi atau pembedahan (Firmansyah Madyana, 2023).

4. Implementasi Spherical Grip Exercise

Terapi *spherical grip* merupakan salah satu metode rehabilitasi yang efektif untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca operasi fraktur radius dan ulna. Gangguan mobilitas ini biasanya timbul akibat imobilisasi yang berkepanjangan, nyeri, atau kelemahan otot, yang menyebabkan keterbatasan gerak dan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan *spherical grip* dilakukan dengan cara menggenggam bola berbentuk bulat (biasanya bola spons, bola karet, atau bola resistensi khusus) secara bertahap. Gerakan ini secara langsung menstimulasi otot-otot tangan dan lengan bawah, termasuk fleksor dan ekstensor, sehingga mempercepat pemulihan kekuatan dan mencegah atrofi otot (Firmansyah Madyana, 2023).

Latihan ini juga meningkatkan rentang gerak (*range of motion*) pada sendi jari dan pergelangan tangan, yang sangat penting untuk mengatasi kekakuan sendi akibat imobilisasi. Selain itu, penggunaan bola dengan berbagai tekstur dan tingkat resistensi membantu merangsang reseptor proprioseptif di tangan, yang berperan dalam meningkatkan kesadaran posisi (proprioepsi) dan kontrol motorik. Proses ini secara bertahap memperbaiki kemampuan koordinasi dan keterampilan motorik halus, seperti menggenggam alat makan, menulis, atau membuka tutup botol. Dengan latihan yang konsisten, terapi *spherical grip* dapat meningkatkan kekuatan, fleksibilitas, dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga secara signifikan mengatasi gangguan mobilitas fisik yang diakibatkan oleh fraktur radius dan ulna.

Terapi menggenggam bola karet akan menyebabkan kontraksi otot yang bisa membuat kekuatan otot tangan menjadi lebih kuat karena telah terjadi kontraksi yang dihasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin. Penggunaan bola

dengan dengan ciri fisik tersebut dapat menstimulus titik akupuntur terutama pada tangan secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada permukaan tangan yang akan disampaikan ke otak. Latihan bola karet juga dapat merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi, hanya dengan sedikit kontraksi kuat setiap latihan dengan karakteristik bola karet yang bergigi dan lentur akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Respon akan disampaikan ke korteks sensorik di otak jalur sensorik melalui badan sel pada saraf C7-T1 secara langsung melalui sistem limbik (Appulembang *et al.*, 2022).

Peningkatan kekuatan otot bisa terjadi karena terapi genggam bola karet dapat menstimulasi jaringan-jaringan di otot untuk kontraksi walaupun setiap harinya kontraksinya sedikit-sedikit. Terapi menggenggam bola karet akan menyebabkan kontraksi otot yang bisa membuat kekuatan otot tangan menjadi lebih kuat karena telah terjadi kontraksi yang dihasilkan peningkatan motor unit yang di produksi asetilcholin (Rom *et al.*, 2023)

D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Fokus pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Hadinata, Jahid Abdillah and Wahyuni, 2022). Pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Identitas pasien

Identitas pada pasien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pendidikan, pekerjaan, pekerjaan, suku/bangsa, suku/bangsa, alamat, alamat, jenis kelamin, kelamin, status perkawinan, perkawinan, dan penanggung biaya. Fraktur radius ulna sering terjadi pada laki-laki dan perempuan pada perempuan pada usia diatas 50 tahun dikarenakan kerusakan sendi seperti

osteoporosis, usia laki-laki umumnya di bawah 45 tahun, dikarenakan faktor trauma langsung, trauma tidak langsung dan kondisi patologis bahkan juga tidak menutup kemungkinan pada usia produktif atau pada anak, sangat beresiko terjadi fraktur.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Biasanya hasil pemeriksaan pergerakan yang didapat adalah adanya gangguan keterbatasan gerak tangan, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan tangan dan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dalam melakukan pergerakan.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien fraktur/ patah tulang dapat disebabkan oleh trauma/ kecelakaan, degeneratif dan patologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat/ perubahan warna kulit dan kesemutan .

c. Riwayat kesehatan lalu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

3. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan

Kasus fraktur radius ulna menjadikan pasien ketakutan akan terjadinya kecacatan pada bagian tubuh yang mengalami fraktur. Maka pasien juga harus berperan penting dalam proses penyembuhan. Pengkajian ini juga diperlukan untuk mengkaji kebiasaan hidup, penggunaan obat, mengonsumsi alkohol atau tidak, dan mengkaji olahraga yang dilakukan pasien rutin atau tidak.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Asupan nutrisi yang seimbang, khususnya kalori, protein, kalsium, dan serat tambahan, memungkinkan pemulihan fraktur dan luka bedah serta memberikan energi lebih banyak untuk mobilisasi dan rehabilitasi. Hal yang perlu dikaji adalah pola makan, kebudayaan atau keyakinan yang mempengaruhi asupan nutrisinya, keluhan dalam makan, dan mengkaji adanya perubahan berat badan atau tidak

c. Pola eliminasi

Diperlukan melakukan pengkajian yaitu pola BAB, pola BAK dalam kesehariannya, yang perlu dikaji adalah frekuensi, konsistensi, warna, bau dan jumlah. Pada pasien *post* operasi mengkaji apakah pasien sudah bisa kentut dan BAB.

d. Pola aktivitas dan latihan

Pada pasien yang mengalami fraktur akan menimbulkan adanya rasa nyeri, keterbatasan dalam pergerakan, maka dalam pola aktivitas dan latihan pada pasien perlu pertolongan orang lain. Yang perlu dikaji dalam pola aktivitas dan latihan adalah kegiatan dalam pekerjaannya, olahraga yang dilakukan, kesulitan atau keluhan dalam melakukan aktivitas.

e. Pola istirahat dan tidur

Pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur. Semua klien fraktur timbul rasa nyeri dan keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat menimbulkan kesulitan dalam istirahat-tidur akibat dari nyeri.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Pada kasus pasien yang mengalami fraktur, pada indera tidak timbul gangguan dan kemampuan kognitifnya berkurang sehingga perlu dilakukan pengkajian PQRST. Untuk mengetahui bagaimana pengetahuan pasien pada penyakitnya dan untuk mengukur skala nyeri dengan menanyakan keluhan nyeri, lama keluhan, sumber nyeri, dan waktu keluhan nyeri timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Adanya dampak pada pasien yang mengalami fraktur menimbulkan rasa cemas dan ketakutan apabila ada kecacatan dalam tubuhnya dan tidak mampu melakukan aktivitas secara optimal seperti sebelumnya serta pandangan diri yang salah.

h. Pola mekanisme koping

Pada pasien fraktur harus dilakukan pengkajian mengenai pola kopingnya, bagaimana pasien dalam mengambil keputusan, yang dilakukan pada pasien apabila menghadapi masalahnya, upaya yang dilakukan dalam menghadapi masalahnya dan peran perawat untuk membantu kenyamanan pasien.

i. Pola seksual-reproduksi

Pada pasien yang sudah menikah atau berkeluarga pasti mengalami perubahan pola seksual dan reproduksinya, dan pada pasien yang belum berkeluarga belum mengalami perubahan pada pola seksual dan reproduksinya.

j. Pola peran-hubungan dengan orang lain

Kaji hubungan pasien dan keluarga apakah terjadi perubahan bahkan ada penarikan diri dari keluarga dan kesulitan dalam berkomunikasi di keluarga atau tidak.

k. Pola nilai kepercayaan

Terjadinya fraktur akan menimbulkan kecemasan dan ketakutan akan kondisinya sehingga untuk pertahanan klien meminta untuk mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Meliputi pengkajian kesadaran dan tanda-tanda vital klien. Pada fase awal cedera disertai perubahan nadi, perfusi yang tidak baik (akral dingin pada sisi lesi), dan CRT < 3 detik pada bagian distal kaki yang merupakan respons terhadap pembengkakan pada bagian proksimal betis

b. Pemeriksaan kepala

Inspeksi : melihat kesimetrisan betuk, rambut, warna rambut, kondisi rambut, tingkat kebersihan rambut, dan tekstur rambut

Palpasi : memeriksa adanya nyeri tekan atau tidak pada pasien.

Pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan kepala, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, penyebaran rambut merata dan keadaan rambut normal, tidak berbau, warna rambut hitam, warna kulit wajah sawo matang, struktur wajah normal tidak ada kelainan.

c. Pemeriksaan mata

Inspeksi : melihat kesimetrisan mata

Palpasi : melakukan penekanan apakah terdapat perdarahan pada mata atau tidak, melihat konjungtiva mata.

Pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan mata, mata lengkap dan simetris, tidak ada edema palpebrae, konjungtiva ananemis, sclera anikterik, pupil isokor.

d. Pemeriksaan hidung

Inspeksi : melihat kesimetrisan bentuk hidung

Palpasi : melakukan penekanan untuk mengetahui ketidaknormalan pada hidung

Pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan hidung, bentuk tulang hidung normal, lubang hidung simetris, pernapasan cuping hidung(-).

e. Pemeriksaan telinga

Inspeksi : melihat, kesimetrisan dan bentuk telinga kanan dan kiri, kulit telinga, melihat adanya kotoran pada telinga atau tidak, tidak mengalami gangguan pendengaran.

Palpasi : melakukan penekanan untuk mengetahui adanya nyeri tekan ataupun lesi pada telinga.

Pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan telinga, bentuk telinga normal, ukuran telinga normal, lesi(-).

f. Pemeriksaan mulut dan tenggorokan

Pemeriksaan mulut dan tenggorokan ini dilakukan untuk melihat mulut, pemeriksaan gigi, warna, bau, adanya kesulitan menelan atau mengunyah atau tidak, melakukan palpasi pada tenggorokan dan melihat ada benjolan pada leher atau tidak.

Pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan keadaan bibir normal, sariawan (-), carries (-). Bentuk leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar lympho, distensi vena jugularis (-).

g. Pemeriksaan dada/thorax

1) Sistem pernapasan

Inspeksi: 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.

Palpasi: Tidak Ada nyeri tekan. Vocal fremitus sama antara kanan dan kiri.

Susunan ruas tulang belakang normal.

Perkusi: Thorax didapatkan sonor.

Auskultasi: Suara nafas vesikuler. Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi. Biasanya sistem respirasi dalam keadaan normal.

2) sistem kardiovaskuler.

Inspeksi: pasien tidak ada cyanosis , clubbing finger tidak ada.

Palpasi: Ictus cordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, nadi meningkat atau tidak. CRT dapat kembali < 2 detik.

Perkusi: Suara pekak.

Auskultasi: Didapatkan bunyi irama regular. Pulsasi kuat posisi tidur, bunyi jantung S1 terdapat di ICS V garis midclavícula kiri terdengar lub dan S2 terdapat di ICS 2 garis sternalis kiri terdengar dub.

h. Pemeriksaan abdomen

Melakukan pemeriksaan abdomen dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pada pasien dengan fraktur radius ulna tidak ada masalah pada pemeriksaan abdomen, bentuk abdomen soefl, benjolan/massa (-), nyeri tekan (-) tanda-tanda ascites (-), perkusi timpani pada sebagian besar region abdomen dan dullness region 1 (liver), hepatomegaly (-)

i. Pemeriksaan genetalia/eliminasi

Pola eliminasi dapat dikaji dengan melihat frekuensi, konsistensi, warna serta bau feses pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi urin dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah urine. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak dalam BAK maupun BAB. Masalah perkemihan, khususnya infeksi dan retensi urine, lazim disebabkan oleh imobilisasi dan stasis urine. Retensi urine sering terjadi sesudah pembedahan. Melakukan pemeriksaan dengan melihat kebersihan genitalia pada pasien, melihat adanya luka, tanda infeksi, bila pasien terpasang kateter maka melihat kebersihan selang kateter.

j. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

Hasil pemeriksaan yang didapat adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak tangan, didapatkan ketidakmampuan menggerakkan tangan dan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas dalam melakukan pergerakan. Adanya nyeri tekan (tenderness) dan krepitasi pada daerah paha. Klien fraktur mengalami komplikasi delayed union, non-union, dan malunion. Kondisi yang paling sering ditemukan di klinik adalah malunion terutama pada klien fraktur yang telah lama dan mendapat intervensi dari dukun patah.

k. Pemeriksaan kulit

Melakukan pemeriksaan dengan mengkaji kebersihan, kelembaban kulit, adanya edema, dan apabila terdapat luka kaji keadaan luka. Pada pasien dengan fraktur radius ulna integumen tampak bersih, bekas luka post operasi tertutup kassa dressing, akral hangat, hiperpigmentasi (-), turgor menurun, CRT 3 detik apabila pada intraoperative pasien kehilangan banyak darah dan konsentrasi hemoglobin menurun, tidak ada kelainan pada integument.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai bagaimana pasien merespons masalah kesehatan yang sedang berlangsung atau potensial serta proses kehidupan yang dialaminya. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien, keluarga, dan masyarakat terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosa yang menjadi fokus penelitian ini adalah gangguan mobilitas fisik (D.0054), keterbatasan dalam kemampuan bergerak secara mandiri pada satu atau lebih ekstremitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa keperawatan lainnya yang mungkin muncul pada pasien post operasi close fraktur radius ulna adalah :

1. Aktual

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- e. Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan
- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran vena
- g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

2. Resiko

- a. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	<p>Tingkat nyeri L.08066</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan etiologi dan efektivitas terapi. 2. Menilai tingkat keparahan nyeri secara objektif. 3. Mengobservasi nyeri pada pasien yang sulit mengungkapkan keluhan. 4. Memudahkan penyesuaian strategi manajemen nyeri. 5. Memahami persepsi pasien agar edukasi lebih efektif. 6. Menyesuaikan pendekatan berdasarkan kebiasaan dan kepercayaan pasien. 7. Menentukan sejauh mana nyeri mengganggu aktivitas harian. 8. Mengevaluasi keberhasilan intervensi nonfarmakologis. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Mengurangi nyeri melalui metode relaksasi dan stimulasi sensorik.

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		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, 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	11. Meminimalkan faktor eksternal yang memperparah nyeri. 12. Mengoptimalkan pemulihan dan menurunkan sensitivitas nyeri. 13. Menggunakan metode yang tepat sesuai jenis dan sumber nyeri. Edukasi 14. Meningkatkan pemahaman dan kesiapan pasien dalam menghadapinya. 15. Membantu pasien memilih metode yang sesuai. 16. Membantu pasien mengenali pola nyeri dan tindakan yang diperlukan. 17. Mencegah penggunaan obat yang tidak sesuai. 18. Mengoptimalkan efek analgesik dengan penggunaan yang benar. Kolaborasi 19. Memastikan pengelolaan nyeri yang lebih efektif sesuai kebutuhan medis
Gangguan	integritas kulit/jaringan L.14125	Perawatan Luka (I.14564)	Observasi

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
integritas kulit/jaringan (D.0192)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai perkembangan penyembuhan dan mendeteksi komplikasi. 2. Mencegah perburukan kondisi akibat infeksi sekunder. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menghindari trauma tambahan pada jaringan luka. 4. Mengurangi risiko kontaminasi dan memudahkan perawatan luka. 5. Mencegah iritasi dan mempercepat penyembuhan. 6. Mengurangi sumber infeksi dan merangsang pembentukan jaringan baru. 7. Mempercepat regenerasi jaringan dan mencegah infeksi. 8. Menjaga kelembapan optimal dan mempercepat penyembuhan. 9. Mengurangi risiko infeksi selama prosedur perawatan luka. 10. Menghindari kelembapan berlebih yang dapat memperlambat penyembuhan. 11. Mencegah luka tekan akibat

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		<p>transcutaneous), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>16. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>	<p>tekanan berkepanjangan.</p> <p>12. Mendukung proses penyembuhan jaringan dengan nutrisi optimal.</p> <p>13. Membantu sintesis kolagen dan mempercepat regenerasi jaringan.</p> <p>14. Mengurangi nyeri dan meningkatkan sirkulasi darah ke area luka.</p> <p>Edukasi</p> <p>15. Memudahkan pasien mengenali komplikasi lebih awal.</p> <p>16. Mendukung penyembuhan optimal dengan nutrisi yang cukup.</p> <p>17. Meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan luka.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Menghilangkan jaringan mati untuk mempercepat penyembuhan.</p> <p>19. Mencegah atau mengatasi infeksi yang terjadi</p>
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas fisik L.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	Observasi 1. Menyesuaikan tingkat mobilisasi dengan kondisi

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
	<p>diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<p>pasien untuk menghindari cedera.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menilai kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi tanpa risiko kelelahan atau komplikasi. 3. Mencegah efek samping seperti hipotensi ortostatik atau takikardia. 4. Mengidentifikasi tanda-tanda kelelahan atau ketidaknyamanan yang memerlukan penyesuaian intervensi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mempermudah pergerakan dan mengurangi risiko jatuh. 6. Mendukung pasien dalam melakukan mobilisasi secara aman dan bertahap. 7. Meningkatkan dukungan emosional dan motivasi pasien dalam meningkatkan pergerakan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Membantu pasien memahami pentingnya mobilisasi dalam pemulihan.

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Hipovolemia (D.0023)	<p>Status cairan L.03028</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan Status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Ortopnea menurun 5. Dispnea menurun 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 7. Edema anasarka menurun 8. Edema perifer menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Turgor kulit membaik 12. Jugular venous pressure membaik 13. Hemoglobin membaik 14. Hematokrit membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi modified Trendelenburg 5. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 9. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mencegah komplikasi seperti dekubitus dan atrofi otot akibat imobilisasi. 10. Memudahkan pasien melakukan pergerakan secara mandiri sesuai kemampuannya. <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi kekurangan cairan secara dini untuk mencegah komplikasi syok hipovolemik. 2. Menilai keseimbangan cairan dan efektivitas terapi rehidrasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menentukan jumlah cairan yang diperlukan untuk menggantikan defisit dan mencegah dehidrasi lebih lanjut. 4. Meningkatkan perfusi ke organ vital dengan meningkatkan aliran darah ke jantung. 5. Memenuhi kebutuhan cairan secara fisiologis jika pasien masih mampu menelan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Membantu pemulihan dan mencegah kekurangan cairan berulang.

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		(mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 10. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 11. Kolaborasi pemberian produk darah	7. Mencegah hipotensi ortostatik akibat hipovolemia. Kolaborasi 8. Mengembalikan volume intravaskular secara cepat untuk stabilisasi hemodinamik. 9. Memenuhi kebutuhan cairan intraseluler jika ada indikasi dehidrasi seluler. 10. Mempertahankan tekanan onkotik dan meningkatkan volume plasma. 11. Mengganti kehilangan darah jika hipovolemia disebabkan oleh perdarahan
Risiko infeksi (D.0142)	tingkat infeksi L.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x... jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1. untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi 2. Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3. Pemberian antibiotik untuk dapat mencegah terjadinya infeksi 4. Dapat meningkatkan daya tahan tubuh sehingga terhindar dari risiko infeksi 5. Dapat membantu relaksasi dan proteksi infeksi 6. Agar dapat mengurangi edema

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	yang terjadi 7. Agar keluarga dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi 8. Penjelasan yang adekuat dapat menambah pengetahuan pasien lebih kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan 9. Pemberian antibiotik untuk mencegah timbulnya infeksi
Ansietas (D.0080)	Tingkat ansietas L.09093 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <i>Terapeutik</i> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	Observasi 1. Membantu dalam menentukan strategi intervensi yang tepat 2. Untuk menilai sejauh mana pasien dapat membuat keputusan secara efektif. 3. Dapat mengindikasikan tingkat kecemasan yang perlu ditangani. Terapeutik 1. Lingkungan yang mendukung dapat membantu pasien merasa lebih aman dan mengurangi kecemasan. 2. Kehadiran orang lain dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan perasaan takut 3. Mengenali pemicu kecemasan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		<ol style="list-style-type: none"> 11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <i>Edukasi</i> 12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 14. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 19. Latih Teknik relaksasi <i>Kolaborasi</i> 20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu 	<p>memungkinkan tenaga kesehatan untuk membantu pasien mengembangkan strategi koping yang efektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mendengarkan secara aktif menunjukkan empati dan membantu pasien merasa didengar serta divalidasi. 5. Pendekatan ini dapat membantu menstabilkan emosi pasien dan mengurangi ketegangan yang mereka rasakan. 6. Barang-barang pribadi seperti foto atau selimut favorit dapat memberikan rasa aman dan menenangkan pasien. 7. memungkinkan pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang lebih baik. 8. Perencanaan yang jelas dapat membantu mengurangi ketidakpastian yang sering menjadi penyebab utama ansietas. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan yang jelas dapat mengurangi ketakutan terhadap

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			hal-hal yang tidak diketahui
			2. Informasi yang akurat membantu mengurangi kecemasan
			3. Kehadiran keluarga dapat memberikan dukungan emosional yang signifikan bagi pasien.
			4. Aktivitas yang santai membantu mengalihkan fokus pasien dari kecemasan.
			5. Ekspresi emosi yang terbuka dapat membantu pasien memproses kecemasan mereka dengan cara yang sehat.
			6. Teknik seperti membaca, mendengarkan musik, atau menggambar dapat membantu mengurangi stres.
			7. Mengembangkan strategi koping yang sehat membantu pasien menghadapi kecemasan secara konstruktif.
			8. Teknik seperti pernapasan dalam, meditasi, atau yoga dapat membantu menenangkan sistem saraf dan mengurangi kecemasan.

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Perfusi perifer tidak efektif	<p>Perfusi perifer L.02011</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x... jam, diharapkan Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kekuatan nadi perifer meningkat 8. Warna kulit pucat menurun 9. Pengisian kapiler membaik 10. Akral membaik 11. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan berhenti merokok 	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dapat membantu mengurangi kecemasan yang berat dan mendukung terapi non-farmakologis. <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai status perfusi jaringan dan mendeteksi gangguan sirkulasi secara dini. 2. Mengetahui penyebab yang dapat memperburuk kondisi dan menentukan strategi pencegahan. 3. Mendeteksi adanya infeksi, inflamasi, atau gangguan aliran darah. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mencegah trauma jaringan dan memperburuk sirkulasi. 5. Menghindari tekanan berlebihan yang dapat mengganggu aliran darah. 6. Mengurangi risiko iskemia dan nekrosis jaringan. 7. Mencegah komplikasi akibat gangguan sirkulasi yang dapat memperlambat penyembuhan luka.

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		11. Anjurkan berolahraga rutin 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 17. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).	8. Mencegah cedera atau infeksi, terutama pada pasien dengan penyakit arteri perifer atau diabetes. 9. Mempertahankan viskositas darah yang optimal untuk memperlancar aliran darah. Edukasi 10. Mencegah vasokonstriksi yang dapat memperburuk gangguan sirkulasi. 11. Meningkatkan aliran darah dan memperkuat sistem kardiovaskular. 12. Mencegah luka bakar akibat gangguan persepsi suhu pada gangguan sirkulasi. 13. Mengelola faktor risiko yang dapat memperburuk gangguan sirkulasi. 14. Mencegah komplikasi akibat tekanan darah yang tidak terkontrol. 15. Mencegah penyempitan pembuluh darah yang dapat memperburuk perfusi perifer. 16. Mencegah kulit kering dan retak yang dapat menjadi pintu

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Defisit perawatan diri	<p>Perawatan diri L.11103</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>12. Kemampuan mandi meningkat</p> <p>13. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <p>14. Kemampuan makan meningkat</p> <p>15. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>16. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>17. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>2. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p>	<p>masuk infeksi.</p> <p>17. Membantu meningkatkan perfusi melalui terapi fisik dan perubahan gaya hidup.</p> <p>18. Mengurangi risiko aterosklerosis dengan konsumsi makanan sehat.</p> <p>19. Memastikan pasien segera mendapatkan pertolongan jika terjadi komplikasi serius.</p> <p>Observasi</p> <p>1. Menyesuaikan intervensi dengan kebiasaan dan kebutuhan individu agar tetap sesuai dengan pola hidup pasien.</p> <p>2. Menentukan sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri dan sejauh mana bantuan diperlukan.</p> <p>3. Memastikan pasien memiliki sarana yang mendukung kemandiriannya dalam perawatan diri.</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Meningkatkan kenyamanan dan</p>

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	motivasi pasien dalam melakukan perawatan diri. 5. Membantu pasien dalam melanjutkan kebiasaan perawatan diri dengan lebih mudah. 6. Memberikan bimbingan dan dukungan agar pasien bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. 7. Mengurangi kecemasan atau frustrasi akibat keterbatasan dalam melakukan perawatan diri. 8. Mendorong pasien untuk tetap aktif dalam batas kemampuannya dan memberikan bantuan jika diperlukan. 9. Meningkatkan kepatuhan dan membentuk kebiasaan yang baik dalam merawat diri. Edukasi 10. Menjaga kebersihan, kesehatan, dan meningkatkan rasa percaya diri pasien.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tindakan-tindakan keperawatan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi dan edukasi (PPNI, 2018).

Implementasi adalah tahap pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi melibatkan pengelolaan dan pelaksanaan rencana keperawatan yang telah dirancang pada tahap perencanaan. Agar implementasi keperawatan berhasil sesuai dengan rencana, perawat harus memiliki keterampilan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. (Hadinata, Jahid Abdillah and Wahyuni, 2022).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan berfokus pada individu klien serta kelompok klien itu sendiri. Proses ini melibatkan penilaian terhadap pemahaman tentang standar asuhan keperawatan dan respons normal klien terhadap tindakan keperawatan (Hadinata, Jahid Abdillah and Wahyuni, 2022). Evaluasi keperawatan yang diharapkan untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik meliputi peningkatan pergerakan ekstremitas, peningkatan kekuatan otot, dan peningkatan rentang gerak (ROM).

Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi pasien. Respon perilaku pasien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi formatif dilakukan sesaat setelah perawat melakukan tindakan pada pasien. Evaluasi hasil/sumatif: menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku lansia setelah semua tindakan keperawatan dilakukan. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir

tindakan keperawatan secara paripurna. Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAPIE (*Subjective – Objective – Assesment – Planning – Implementation - evaluation*) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (*Subjective*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.

O (*Objective*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (*Assesment*) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.

P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis

I (*Implementation*) adalah pelaksanaan rencana tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien

E (*Evaluation*) adalah efek dari tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil tindakan

BAB 3

METODE

A. Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Pada studi kasus KIAN ini penulis berupaya untuk menggambarkan secara mendalam proses penerapan latihan *Range of Motion* (ROM) dengan teknik *Spherical Grip* dalam upaya mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca operasi fraktur radius ulna. Pendekatan studi kasus dipilih karena memberikan kesempatan bagi peneliti untuk memahami fenomena klinis secara komprehensif melalui pengamatan langsung, interaksi dengan pasien, serta dokumentasi perubahan kondisi yang terjadi sebelum, selama, dan setelah intervensi dilakukan. Metode ini dianggap sesuai untuk menggambarkan secara rinci respons pasien terhadap intervensi latihan yang diberikan serta efektivitasnya dalam meningkatkan fungsi ekstremitas atas. Pendekatan asuhan keperawatan yang digunakan meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

B. Lokasi Dan Waktu

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Bima RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang merupakan tempat praktik profesi ners penulis pada saat stase keperawatan medikal bedah 1. Waktu pelaksanaan intervensi dilakukan selama 5 hari berturut-turut, dimulai dari tanggal 26 Februari 2025 hingga 02 Maret 2025. Selama periode tersebut, peneliti melakukan pengkajian, implementasi intervensi, serta evaluasi progres mobilitas fisik pasien secara terstruktur dan berkesinambungan

C. Subyek

Subjek dalam studi kasus ini adalah seorang pasien dewasa dengan jenis kelamin perempuan yang telah menjalani tindakan operasi ORIF akibat fraktur radius dan ulna. Pasien menunjukkan adanya gangguan mobilitas fisik, khususnya pada pergelangan tangan dan jari-jari tangan, yang ditandai dengan keterbatasan gerak, nyeri, dan kelemahan otot pada lengan yang mengalami cedera. Pemilihan subjek dilakukan secara *purposive* atau sengaja, dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Pasien dalam fase pasca operasi (*post-op*) dengan diagnosis medis fraktur radius ulna
2. kooperatif dan mampu mengikuti instruksi latihan, serta tidak memiliki komplikasi lain yang dapat mempengaruhi hasil intervensi.

Tujuan pemilihan subjek ini adalah untuk memastikan bahwa intervensi yang diberikan dapat difokuskan pada pemulihan fungsi gerak akibat fraktur tersebut.

D. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi :

1. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi (Notoatmodjo, 2018). Pada penelitian ini wawancara dilakukan kepada pasien dengan melakukan anamnesis sesuai dengan format pengkajian mulai dari menanyakan identitas, keluhan utama, riwayat

penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikososial, dan pola aktivitas/kebutuhan sehari-hari.

2. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2018). Observasi merupakan bagian dari pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan fisik dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan untuk melengkapi data pasien berdasarkan hasil data dari anamnesis.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian. Studi dokumentasi yang digunakan pada penelitian ini berupa rekam medik pasien dan data pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium.

BAB 4

HASIL

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

Nama : Sdr. Y
Jenis Kelamin : perempuan
Umur : 18 tahun
Status Perkawinan : belum menikah
Pekerjaan : belum bekerja
Agama : islam
Pendidikan Terakhir:SMA
Alamat : selorejo
No. Register :356xxx
Tanggal MRS : 24/02/2025
Tanggal Pengkajian: 26/02/2025
Diagnosa Medis :*close* fraktur radius ulna

2. RIWAYAT KESEHATAN KLIEN

1. Keluhan Utama / Alasan Masuk Rumah Sakit :

Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi;

P: pasien *post op close* fraktur radius ulna,

Q: nyeri seperti ditekan,

R: nyeri dirasakan di tangan kiri,

S: skala nyeri 7,

T: nyeri memberat saat tangan digerakkan

2. Riwayat Penyakit Sekarang :

Pada tanggal 24/02/2025 jam 15.00 WIB pasien mengalami kecelakaan lalu lintas sepeda motor vs sepeda motor, pasien mengendarai sepeda motor memakai helm sebagai supir membawa satu penumpang lalu pasien ditabrak dari depan. Menurut keluarga pasien sempat tidak sadarkan diri saat di lokasi kejadian. Pada jam 15.50 WIB pasien tiba di IGD RSUD Ngudi waluyo dengan GCS E3M5V6. Terdapat luka robek pada bagian dahi, deformitas pada tangan kiri, dan luka robek pada paha kiri. Pada hasil pemeriksaan foto rontgen terdapat close fraktur pars distal os radius ulna sinistra. Pada pukul 20.00 WIB pasien pindahkan ke ruang Paviliun Kresna untuk perbaikan kondisi pasien. Pada tanggal 25/02/2025 pukul 17.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Bima untuk persiapan operasi yang akan dilakukan pada tanggal 26/02/2025 pukul 08.00 WIB dan selesai operasi pukul 11.00 WIB. Pada saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada tangan kiri habis operasi dan susah menggerakkan tangan kiri. Keadaan umum pasien tampak lemah, tampak gelisah dan meringis, kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{1}{4}$, gerakan terbatas pada tangan kiri, TD : 133/63 mmHg N: 110 x/menit, S 36,2 °C, SPO: 97% RR: 22x/menit

3. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Keluarga mengatakan jika pasien sebelumnya belum pernah di operasi

4. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga mengatakan jika ayah dari pasien mempunyai riwayat DM dan rutin minum obat Diabetes

3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

1. POLA TIDUR / ISTIRAHAT :

1. Waktu tidur : Sebelum sakit: pukul 22.00 WIB

Saat sakit: pukul 21.00 WIB

2. Waktu Bangun : Sebelum sakit: pukul 06.00 WIB

Saat sakit: pukul 05.00 WIB

3. Masalah tidur : Tidak ada masalah

4. Hal-hal yang mempermudah tidur :

Sebelum sakit: pasien mudah tertidur saat mendengarkan musik

Saat sakit: pasien mudah tertidur saat lampu dimatikan

5. Hal-hal yang mempermudah Klien terbangun :

Sebelum sakit: pasien mudah terbangun saat mendengar suara adzan subuh

Saat sakit: pasien mudah terbangun saat ada perawat yang ingin melakukan tindakan

2. POLA ELIMINASI :

1. BAB : Sebelum sakit: 2x/hari warna kecoklatan

Saat sakit: 1x/hari, warna kecoklatan, terakhir BAB tanggal 23-02-2025

2. BAK : Sebelum sakit: 4x/hari warna kuning jernih

Saat sakit: pasien terpasang folley kateter dengan jumlah 1500/hari warna kuning jernih

3. Kesulitan BAB/BAK : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam

BAB/BAK

4. Upaya/ Cara mengatasi masalah tersebut : tidak ada masalah

3. POLA MAKAN DAN MINUM :

1. Jumlah dan jenis makanan :

sebelum sakit : frekuensi makan 3x/hari dengan porsi makan sepiring dihabiskan, jenis makanan terdiri dari nasi lauk sayur

Saat sakit : diet susu cari dengan frekuensi makan 6x100 ml/hari

2. Waktu Pemberian Makan:

Sebelum sakit : pagi siang malam

Saat sakit : 6x/hari yakni jam 06.00, 09.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00

3. Jumlah dan Jenis Cairan :

Sebelum sakit : air putih 8 gelas/hari

Saat sakit : susu cair 6x100 ml/hari, IVFD NaCl 0,9% 1000 ml/hari 20 tpm

4. Waktu Pemberian Cairan : setiap saat dan sesuai dengan jadwal yang ditentukan

5. Pantangan : makanan bertekstur keras

6. Masalah Makan dan Minum :

a. Kesulitan mengunyah : pasien kesulitan mengunyah karena terdapat luka di dagu

b. Kesulitan menelan : tidak ada masalah

c. Mual dan Muntah : tidak ada masalah

d. Tidak dapat makan sendiri : pasien makan dibantu oleh keluarga

Upaya mengatasi masalah : ADL makan minum pasien dibantu oleh keluarga

4. KEBERSIHAN DIRI/PERSONAL HYGIENE :

1. Pemeliharaan Badan : Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 3x sehari , saat sakit pasien selalu di seka oleh ibunya setiap pagi

2. Pemeliharaan Gigi dan Mulut : pasien tidak dilakukan oral hygiene pada daerah gigi karena masih terasa sakit. Keluarga hanya membersihkan pada daerah bibir

3. Pemeliharaan Kuku : Pasien mengatakan sebelum sakit rajin memotong kuku, Saat sakit tidak pernah memotong kuku, kuku tampak bersih

5. POLA KEGIATAN / AKTIVITAS LAIN :

Sebelum sakit : Pasien mampu beraktivitas seperti biasa dan tanpa bantuan

Saat sakit : Aktivitas terganggu karena adanya fraktur pada tangan kiri dan terpasang infus di tangan kanan sehingga semua aktivitas pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga dan perawat

4. DATA PSIKOSOSIAL

1. Pola Komunikasi : pasien tampak kooperatif saat berbicara dengan keluarga dan perawat

2. Orang yang paling dekat dengan Klien : paling dekat dengan ibunya

3. Rekreasi : jika rekreasi sering pergi ke pantai

Hobby : main basket

Penggunaan waktu senggang : jika saat waktu senggang sering menonton tv dan main hp

4. Dampak dirawat di Rumah Sakit : pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti di rumah dan sekolah

5. Hubungan dengan orang lain / Interaksi sosial :

Sebelum sakit : pasien sering berkumpul dengan teman-temannya

Saat sakit : pasien hanya mengobrol dengan keluarga dan perawat

6. Keluarga yang dihubungi bila diperlukan : ibu pasien

5. DATA SPIRITUAL

1. Ketaatan Beribadah :

Sebelum sakit : keluarga mengatakan jika pasien rutin beribadah

- Saat sakit : pasien tidak bisa beribadah karena kesakitan
2. Keyakinan terhadap sehat / sakit : bagi pasien kesehatan adalah kebahagiaan tersendiri karena pada saat sehat pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan, karena saat sakit pasien tidak bisa beraktifitas hanya *bedrest* saja
3. Keyakinan terhadap penyembuhan : Pasien yakin segera sembuh dari penyakitnya dan beraktivitas seperti biasanya

6. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kesan Umum / Keadaan Umum : keadaan pasien tampak lemah

2. Tanda-tanda Vital

- Suhu Tubuh : 36,2 ° C
- Nadi : 110x/menit
- Tekanan darah : 133/63 mmHg
- Respirasi : 22x/menit
- Tinggi badan : 162 cm
- Berat Badan : 61 kg

3. Pemeriksaan Kepala dan Leher :

a. Kepala dan rambut

- 1) Bentuk Kepala : normal (+) simetris (+)
- Ubun-ubun : normal (+), deformitas (-)
- Kulit kepala : terdapat vulnus laceratum di daerah dahi (+)
- 2) Rambut :
- Penyebaran dan keadaan rambut : merata (+) dan tampak bersih (+)
- Bau : berbau (+)
- Warna : hitam (+)
- 3) Wajah : normal (+)

Warna kulit : kuning langsung

Struktur Wajah : simetris (+)

b. Mata

- 1) Kelengkapan dan Kesimetrisan : lengkap (+) dan simetris (+)
- 2) Kelopak Mata (Palpebra) : pembengkakan (+)
- 3) Konjunctiva dan sclera : anemis (+), ikterik(-)
- 4) P u p i l : isokor +/+
- 5) Kornea dan Iris : kornea jernih (+) dan iris normal (+)
- 6) Ketajaman Penglihatan / Virus : *) : tidak dilakukan pemeriksaan
- 7) Tekanan Bola Mata : *) : tidak dilakukan pemeriksaan

c. Hidung

- 1) Tulang Hidung dan Posisi Septum Nasi : posisi septum nasi simetris kanan dan kiri, deformitas (-) lesi (-)
- 2) Lubang Hidung : tampak bersih (+), peradangan (+)
- 3) Cuping Hidung : pernapasan cuping hidung (-)

d. Telinga

- 1) Bentuk Telinga : daun telinga simetris kanan dan kiri (+)
 Ukuran Telinga : normal (+)
 Ketegangan telinga : tidak ada (-)
- 2) Lubang Telinga : .bersih (+) benda asing (-)
- 3) Ketajaman pendengaran : fungsi pendengaran baik (+) ditandai dengan pasien dapat mendengar detak arlojo pada jarak 15 cm dari perawat

e. Mulut dan Faring :

- 1) Keadaan Bibir : mukosa bibir tampak lembab (+)
- 2) Keadaan Gusi dan Gigi : bersih (+), gigi palsu (-)

3) Keadaan Lidah : warna merah muda, bersih (+)

f. Leher :

- 1) Posisi Trakhea : terletak di tengah (+)
- 2) Tiroid : pembesaran kelenjar tiroid (-)
- 3) Suara : terdengar jelas (+)
- 4) Kelenjar Lymphhe : pembesaran kelenjar lymphhe (-)
- 5) Vena Jugularis : pembesaran vena jugularis (-)
- 6) Denyut Nadi Carotis : teraba kuat (+)

4. Pemeriksaan Integumen (Kulit) :

- a. Kebersihan : bersih (+)
- b. Kehangatan : akral hangat (+)
- c. Warna : kuning langsung, ikterik (-)
- d. Turgor : turgor kulit kembali <2 detik
- e. Tekstur : sedikit kasar (+)
- f. Kelembapan : kulit teraba lembab (+)
- g. Kelainan pada kulit : tidak ada kelainan

5. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak :

- a. Ukuran dan bentuk payudara : normal (+) dan simetris (+)
- b. Warna payudara dan Areola : normal (+)
- c. Kelainan-kelainan Payudara dan Putting : tidak ada kelainan
- d. Axila dan Clavicula : jejas (-), deformitas (-)

6. Pemeriksaan Thorak / Dada :

- a. Inspeksi Thorak
 - 1) Bentuk Thorak : normal chest (+)
 - 2) Pernafasan

- Frekuensi : 22x/menit

- Irama : reguler (+)

3) Tanda-tanda kesulitan bernafas : tanda-tanda kesulitan bernafas (+)

b. Pemeriksaan Paru

1) Palpasi getaran suara (vokal Fremitus) : Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri (+)

2) Perkusi : terdengar sonor (+)

3) Auskultasi

- Suara napas : vesikuler (+)

- Suara Ucapan : terdengar jelas dan normal (+)

- Suara Tambahan : tidak terdengar suara napas tambahan, ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

c. Pemeriksaan Jantung

1) Inspeksi dan Palpasi

- Palpasi : apeks jantung teraba di ICS 4 (+)

- Ictus Cordis : Ictus cordis teraba (-)

2) Perkusi :

- Batas-batas Jantung : Batas jantung normal, batas atas: ICS II (N = ICS II), batas bawah: ICS V (N = ICS V), batas Kiri: ICS V (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra), batas Kanan: ICS IV (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra).

3) Aukultasi

- Bunyi Jantung I : tunggal

- Bunyi Jantung II : tunggal

- Bunyi Jantung III : tidak ada

- Frekuensi Denyut Jantung : 110x/menit

7. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

- Bentuk Abdomen : perut pasien tampak sedikit buncit
- Benjolan/massa : benjolan (-) massa (-)

b. Auskultasi

- Peristaltik Usus : 18 x/menit

c. Palpasi

- Tanda nyeri tekan : nyeri tekan (-)
- Benjolan /massa : benjolan (-) massa (-)
- Tanda-tanda Ascites : tes undulasi (-)
- Hepar : hepatomegali (-)
- Lien : splenomegali (-)
- Titik Mc. Burne : nyeri appendik (-)

d. Perkusi

- Suara Abdomen : terdengar timpani (+)
- Pemeriksaan Ascites : shifting dullnes (-)

8. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

a. Genetalia

- 1) Rambut pubis : normal (+) penyebaran merata (+)
- 2) Meatus Urethra : normal (+)
- 3) Kelainan-kelainan pada Genetalia Eksterna dan Daerah Inguinal : kelainan (-)

b. Anus dan Perineum

- 1) Lubang Anus : normal (+)

2) Kelainan-kelainan pada anus : kelainan (-)

3) Perenium : normal (+) luka (-) jejas (-)

9. Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstrimitas)

1) Kesimetrisan otot : simetris (+)

2) Pemeriksaan Oedema : oedem pada pergelangan tangan ekstremitas kiri

3) Kekuatan otot :
$$\begin{array}{c|c} 5555 & 1111 \\ \hline 5555 & 4444 \end{array}$$

4) Kelainan-kelainan pada ekstrimitas dan kuku : pasien mengalami fraktur tertutup pada radius ulna sinistra, deformitas (+) oedema (+), tangan kiri dibidai

10. Pemeriksaan Neorologi

a. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif)/ GCS : kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6

b. Tanda-tanda rangsangan Otak (*Meningeal Sign*) : tanda-tanda *meningeal sign* (-)

c. Fungsi Motorik : Gerakan terbatas pada ekstremitas atas bagian kiri

d. Fungsi Sensorik : Dalam batas normal (+) pasien dapat merasakan rangsangan nyeri, suhu, rabaan (+/+)

e. Refleks :

1) Refleks Fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia.

2) Refleks Patologis : reflek babinski-/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-

11. Pemeriksaan Status Mental

- a. Kondisi emosi/Perasaan : pasien tampak sabar dalam menghadapi penyakitnya
- b. Orientasi :
Tempat (pasien tau sekarang beraada di rumah sakit), waktu (pasien tau hari dan tanggal sekarang), orang (pasien dapat mengenali orang dan mampu berinteraksi dengan orang tersebut)
- c. Proses berfikir (ingatan, atensi, keputusan, perhitungan) :
Pasien kurang mengingat mengenai kejadian kecelakaannya. Pasien bisa mengambil keputusan dibantu oleh ibunya
- d. Motivasi : Pasien yakin segera sembuh dari penyakitnya dan beraktivitas seperti biasanya
- e. Persepsi : Persepsi pasien mengentahui tentang penyakitnya, pasien menerima dengan keadaan nya sekarang
- f. Bahasa : bahasa indonesia dan jawa

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

A. Diagnosa Medis : Cf radius ulna sinistra

B. Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang Medis :

1. Laboratorium :

Tabel 4. 1 Pemeriksaan Laboratorium Hema automatic

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	SATUAN	NILAI NORMAL
24-02-2025				
1	WBC	19.72	$\times/10^3/uL$	4.50-11.00
2	NETROFIL	64.5	%	50.0-70
3	LIMFOSIT	30.7	%	20.0-40.0
4	MONOSIT	3.9	%	3.0-12.0
5	EOSINOPHIL	0.8	%	0.5-5.0
6	BASOFIL	0.1	%	0.0-1.0
7	RBC	4.62	$\times/10^6/uL$	4.40-5.90
8	HEMOGLOBIN	12.6	g/dL	13.2-17.3
9	HEMATOKRIT	38.4	%	40.0-52.0
10	MCV	83.2	fL	80.0-100.0
11	MCH	27.3	pg	27.0-34.0

12	MCHC	32.8	g/dL	32.0-36.0
13	PLT	451	x/10 ³ /uL	150-450
25-02-2025				
1	WBC	17.80	x/10 ³ /uL	4.50-11.00
2	NETROFIL	90.1	%	50.0-70
3	LIMFOSIT	4.3	%	20.0-40.0
4	MONOSIT	5.5	%	3.0-12.0
5	EOSINOPHIL	0.1	%	0.5-5.0
6	BASOFIL	0.0	%	0.0-1.0
7	RBC	3.68	x/10 ⁶ /uL	4.40-5.90
8	HEMOGLOBIN	10.5	g/dL	13.2-17.3
9	HEMATOKRIT	31.9	%	40.0-52.0
10	MCV	86.9	fL	80.0-100.0
11	MCH	28.6	pg	27.0-34.0
12	MCHC	32.9	g/dL	32.0-36.0
13	PLT	234	x/10 ³ /uL	150-450

Tabel 4. 2 Pemeriksaan Laboratorium Tes Faal Hati
24-02-2025

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	SATUAN	NILAI NORMAL
FAAL HATI				
1	SGOT	22	U/L	L<37/P<31
2	SGPT	19	U/L	L<41/P<31
FAAL HEMOSTASIS				
1	P.P.T	12.8	Detik	10" – 14"
2	A.P.T.T	26.1	Detik	25" – 35 "
SEROLOGI				
1	HBsAg	Non reaktif	-	
	ANTI HCV	Non reaktif	-	
	HIV RAPID 1	Non reaktif	-	
2.	Rontgen	: foto antebrachii kiri AP/Obi : fraktur pars distal os radius ulna		
3.	ECG	: -		
4.	USG	: -		
5.	Lain – lain	: -		

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

Tabel 4. 3 Penatalaksanaan dan Terapi

Albumed	Sachet	3x1	Po
Betadin kumur 100 ml	Botol	2x1 15 ml	UE kumur
Ceftriaxone 1000mg INJ HJ	Vial	2x1 1 g	iv
Mecobalamin	ampul	3x1 500 mcg	iv
Metrodinazole inful 500 mg /100 ml berno	botol	3x1 500 mg	iv
Nacl 0,9% 100 ml inf satoria	Botol	1x1 1000 ml	iv
Phenitoin	ampul	3x1 100 mg	iv

Ranitidin	ampul	2x1		iv
Santagesik (metamizole) 1g/2ml inj	ampul	3x1	1g	iv

Mahasiswa,



Navalia Nailin Mudviyanti
P17212245107

ANALISA DATA

Nama Pasien : Sdr. Y
 Umur : 18 tahun
 No. Reg. : 356xxx

Tabel 4. 4 Analisa Data

DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH				
DS : pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien post op close fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 7, T: nyeri memberat saat tangan digerakkan DO: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - TD : 133/63 mmHg - N: 110 x/menit, - S 36,2 °C, - SPO: 97% - RR: 22x/menit - KU tampak lemah	Fraktur radius ulna (faktor mekanis) ↓ Pergeseran fragmen tulang ↓ Pelepasan mediator nyeri ↓ Merangsang neurotransmitter ↓ Nyeri akut	NYERI AKUT D.0077				
DS: pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri DO : - Kekuatan otot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">5555</td> <td>1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> - Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri - Hasil rontgen terdapat close fraktur distal radius ulna sinistra	5555	1111	5555	4444	Fraktur radius ulna ↓ Kerusakan integritas struktur tulang ↓ Kemampuan tulang untuk bergerak menurun ↓ Gangguan mobilitas fisik	GANGGUAN MOBILITAS FISIK D.0054
5555	1111					
5555	4444					
DS: Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri DO : - KU tampak lemah	Fraktur radius ulna ↓ Kemampuan tulang untuk bergerak menurun ↓	DEFISIT PERAWATAN DIRI D.0109				

DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
<ul style="list-style-type: none"> - Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri 	Gangguan muskuloskeletal ↓ Defisit perawatan diri	
DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak lemah - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Kemerahan (-) - Nyeri (+) - Rembesan (-) 	Fraktur radius ulna ↓ Luka/insisi post operasi ↓ Efek prosedur invasif ↓ Tempat masuknya mikroorganisme ↓ Risiko infeksi	RISIKO INFEKSI D.0142









B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Sdr. Y

Umur : 18 tahun

No. Reg. : 356xxx

Tabel 4. 5 Diagnosa Keperawatan

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	MASALAH DITEMUKAN		MASALAH TERATASI	
		Tgl	Paraf	Tgl	Paraf
1	Nyeri akut berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; nyeri seperti ditekan, S: skala nyeri 7, nyeri memberat saat tangan digerakkan, pasien tampak gelisah dan meringis, TD : 133/63 mmHg, N: 110 x/menit,	26-02-2025	 navalia	02-03-2025	 navalia
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, gerakan terbatas pada tangan kiri, kekuatan otot ekstremitas kiri menurun	26-02-2025	 navalia	02-03-2025	 navalia
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	26-02-2025	 navalia	02-03-2025	 navalia
4	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	26-02-2025	 navalia	02-03-2025	 navalia





PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Sdr. Y

Umur : 18 tahun

No. Reg. : 356xxx

Tabel 4. 6 Prioritas Diagnosa Keperawatan

NO.	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TT
1	26-02-2025	Nyeri akut berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; nyeri seperti ditekan, S: skala nyeri 7, nyeri memberat saat tangan digerakkan, pasien tampak gelisah dan meringis, TD : 133/63 mmHg, N: 110 x/menit,	 navalía
2	26-02-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, gerakan terbatas pada tangan kiri, kekuatan otot ekstremitas kiri menurun	 navalía
3	26-02-2025	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	 navalía
4	26-02-2025	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif	 navalía

C. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Sdr. Y
 Umur : 18 tahun
 No. Reg. : 356xxx

Tabel 4. 7 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Hari/tgl	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
1	26-02-2025	Nyeri akut	<p>Tingkat nyeri I.08066</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: tens, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menentukan etiologi dan efektivitas terapi. 2. Menilai tingkat keparahan nyeri secara objektif. 3. Mengobservasi nyeri pada pasien yang sulit mengungkapkan keluhan. 4. Mengevaluasi keberhasilan intervensi nonfarmakologis. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengurangi nyeri melalui metode relaksasi dan stimulasi sensorik. 6. Meminimalkan faktor eksternal yang memperparah nyeri. 7. Mengoptimalkan pemulihan dan menurunkan sensitivitas

No	Hari/tgl	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
				6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	nyeri. Edukasi 8. Meningkatkan pemahaman dan kesiapan pasien dalam menghadapinya. 9. Membantu pasien mengenali pola nyeri dan tindakan yang diperlukan. Kolaborasi 10. Memastikan pengelolaan nyeri yang lebih efektif sesuai kebutuhan medis
2	26-02-2025	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik I.05042 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Observasi 1. Menyesuaikan tingkat mobilisasi dengan kondisi pasien untuk menghindari cedera. 2. Menilai kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi tanpa risiko kelelahan atau komplikasi. Terapeutik 3. Mendukung pasien dalam melakukan mobilisasi secara aman

No	Hari/tgl	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
				Edukasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, pindah dari sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	dan bertahap. 4. Meningkatkan dukungan emosional dan motivasi pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 5. Mencegah komplikasi seperti dekubitus dan atrofi otot akibat imobilisasi. 6. Memudahkan pasien melakukan pergerakan secara mandiri sesuai kemampuannya.
3	26-02-2025	Defisit perawatan diri	Perawatan diri I.11103 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 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	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan	Observasi 1. Menentukan sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri sendiri dan sejauh mana bantuan diperlukan. Terapeutik 2. Membantu pasien dalam melanjutkan kebiasaan perawatan diri dengan lebih mudah. 3. Mengurangi kecemasan atau frustrasi akibat

No	Hari/tgl	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
			meningkat	perawatan diri Edukasi 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	keterbatasan dalam melakukan perawatan diri. 4. Mendorong pasien untuk tetap aktif dalam batas kemampuannya dan memberikan bantuan jika diperlukan. Edukasi 5. Menjaga kebersihan, kesehatan, dan meningkatkan rasa percaya diri pasien.
4	26-02-2025	Risiko infeksi	Tingkat infeksi I.14137 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama di rumah sakit diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi	1. Untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi 2. Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3. Pemberian antibiotik untuk dapat mencegah terjadinya infeksi 4. Dapat meningkatkan daya tahan tubuh sehingga terhindar dari risiko infeksi 5. Dapat membantu relaksasi dan proteksi infeksi 6. Agar dapat mengurangi edema yang terjadi

No	Hari/tgl	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
				6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	7. Agar keluarga dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi 8. Penjelasan yang adekuat dapat menambah pengetahuan pasien lebih kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan 9. Pemberian antibiotik untuk mencegah timbulnya infeksi
				Kolaborasi	
				10. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	



D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN



Nama Pasien : Sdr. Y

Umur : 18 tahun


No. Reg. : 356xxx



Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan tanggal 26 Februari 2025


JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
11.00	D.0077	1. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	1. Pasien mengatakan mengerti penyebab nyerinya karena habis operasi	 navalía
11.30		2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)	2. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dengan benar	
11.45		3. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)	3. Tidak ada reaksi alergi TD : 131/66 mmHg, N: 98x/menit, S: 36.3° C, RR : 20 x/menit	
12,00		4. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	4. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri setiap saat	
12.15		5. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	5. P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 7, T: nyeri memberat setiap saat	
12.30		6. Mengkaji respon nyeri non verbal	6. Pasien tampak gelisah dan meringis saat merubah posisi tangan	
11.00	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan	1. Tangan kiri pasien dibidai dan sulit untuk digerakkan	 navalía
11.30		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam mobilisasi	
11.45		3. Melakukan informed consent tentang latihan ROM <i>Spherical Grip</i>	3. Klien dan keluarga bersedia dilakukannya latihan ROM <i>Spherical Grip</i>	
12,00		4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan dilakukan 2 kali dalam sehari)	4. Klien tampak tidak mampu menggenggam bola seperti yang telah diajarkan perawat	
12.15		5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengubah posisi tiap 2 jam)	5. Pasien melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga namun pasien tampak belum mampu menahan tubuhnya	
12.30		6. Mengkaji adanya nyeri atau	6. Pasien mengatakan saat mobilisasi terasa nyeri dan	

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
		keluhan fisik lainnya setelah dilakukan mobilisasi dini	sulit menggerakkan tangannya, kekuatan otot	
			5555 1111	
			5555 4444	
11.00	D.0109	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Keluarga pasien telah menyiapkan semua keperluan pribadi pasien	 navalia
11.30		2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	
11.45		3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	
12,00		4. Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	4. Pasien mengatakan jika nanti sembuh akan melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri	
11.00	D.0142	1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang tanda gejala infeksi	 navalia
11.30		2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien	2. Jumlah pengunjung yang menjenguk hanya 2 orang	
11.45		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	3. Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
12,00		4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	4. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	
12.15		5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	5. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	
12.30		6. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi	6. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	



Tabel 4. 9 Implementasi tanggal 27 Februari 2025



JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
08.00	D.0077	1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)	1. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dengan benar	 navalia
08.30		2. Berkolaborasi pemberian	2. Tidak ada reaksi alergi TD :	

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
08.45		analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)	126/70 mmHg, N: 90x/menit, S: 36.5° C, RR : 20 x/menit	
0900		3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	3. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan	
09.10		4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	4. P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 6, T: nyeri memberat saat tangan digerakkan	
		5. Mengkaji respon nyeri non verbal	5. Pasien tampak gelisah dan meringis saat merubah posisi tangan	
08.00	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan	1. Tangan kiri pasien dibidai dan sulit untuk digerakkan	 navalia
08.30		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam mobilisasi	
08.45		3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan dilakukan 2 kali dalam sehari)	3. Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak seperti yang telah diajarkan perawat	
0900		4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengubah posisi tiap 2 jam)	4. Pasien melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga	
09.10		5. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya setelah dilakukan mobilisasi dini	5. Pasien mengatakan saat mobilisasi terasa nyeri dan sulit menggerakkan tangannya, kekuatan otot	
			5555 2222	
			5555 4444	
08.00	D.0109	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Keluarga pasien telah menyiapkan semua keperluan pribadi pasien	 navalia
08.30		2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	
08.45		3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	


JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
08.00	D.0142	1. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien	1. Jumlah pengunjung yang menjenguk hanya 1 orang	 navalia
08.30		2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	2. Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
08.45		3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	3. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	
09.00		4. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	4. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	
09.10		5. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi	5. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	



Tabel 4. 10 Implementasi tanggal 28 Februari 2025


JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
20.00	D.0077	1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)	1. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dengan benar	 navalia
20.15		2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)	2. Tidak ada reaksi alergi TD : 125/66 mmHg, N: 88x/menit, S: 36.3° C, RR : 20 x/menit	
20.30		3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	3. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan	
21.00		4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	4. P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri memberat saat tangan digerakkan	
21.15		5. Mengkaji respon nyeri non verbal	5. Pasien tampak lebih tenang	
20.00	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan	1. Tangan kiri pasien dibidai dan sulit untuk digerakkan	 navalia
20.15		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam mobilisasi	
20.30		3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan dilakukan 2 kali dalam sehari)	3. Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak mampu menggerakannya dengan pergelangan tangan	
			4. Pasien melakukan mobilisasi	

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
21.00		4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengubah posisi tiap 2 jam)	dini mika miki dengan bantuan keluarga	
21.15		5. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya setelah dilakukan mobilisasi dini	5. Pasien mengatakan saat mobilisasi terasa nyeri dan sulit menggerakkan tangannya, kekuatan otot	
			5555 2222	
			5555 4444	
20.00	D.0109	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Keluarga pasien telah menyiapkan semua keperluan pribadi pasien	 navalia
20.15		2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	
20.30		3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	
20.00	D.0142	1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang tanda gejala infeksi	 navalia
20.15		2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien	2. Jumlah pengunjung yang menjenguk hanya 1 orang	
20.30		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	3. Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
21.00		4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	4. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	
21.15		5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	5. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	
21.30		6. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi	6. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	



Tabel 4. 11 Implementasi tanggal 01 Maret 2025


JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
14.30	D.0077	1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas	1. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dengan	 navalia

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
14.45		dalam) 2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)	benar 2. Tidak ada reaksi alergi TD : 125/75 mmHg, N: 89x/menit, S: 36.3° C, RR : 20 x/menit	
15.00		3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	3. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri hilang timbul	
15.15		4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	4. P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul	
15.30		5. Mengkaji respon nyeri non verbal	5. Pasien tampak lebih tenang	
14.30	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan	1. Tangan kiri pasien dibidai dan sulit untuk digerakkan	 navalía
14.45		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam mobilisasi	
15.00		3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan dilakukan 2 kali dalam sehari)	3. Klien tampak mampu menggenggam bola lalu melakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan	
15.15		4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengubah posisi tiap 2 jam)	4. Pasien melakukan mobilisasi dini mika miki dengan mandiri	
15.30		5. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya setelah dilakukan mobilisasi dini	5. Pasien mengatakan saat mobilisasi terasa nyeri dan sulit menggerakkan tangannya, kekuatan otot	
			5555 3333	
			5555 4444	
14.30	D.0109	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Keluarga pasien telah menyiapkan semua keperluan pribadi pasien	 navalía
14.45		2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	
15.00		3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Pasien tidak mapu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	
15.15		4. Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	4. Pasien mengatakan jika nanti sembuh akan melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri	

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
14.30	D.0142	1. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien	1. Jumlah pengunjung yang menjenguk hanya 1 orang	 navalia
14.45		2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	2. Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
15.00		3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	3. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	
15.15		4. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	4. Calor (-) tumor (-) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	
15.30		5. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi	5. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	

Tabel 4. 12 Implementasi tanggal 02 Maret 2025

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
08.30	D.0077	1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam)	1. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dengan benar	 navalia
09.00		2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)	2. Tidak ada reaksi alergi TD : 120/66 mmHg, N: 98x/menit, S: 36.3° C, RR : 20 x/menit	
09.15		3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	3. Pasien mengatakan nyeri pada tangannya berkurang	
09.30		4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	4. P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul	
09.45		5. Mengkaji respon nyeri non verbal	5. Pasien tampak lebih tenang	
08.30	D.0054	1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan	1. Tangan kiri pasien dibidai dan sudah bisa menggerakkan tangan kirinya	 navalia
09.00		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Keluarga bersedia untuk membantu pasien dalam mobilisasi	
09.15		3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip (menggenggam bola karet yang dilakukan selama 5 detik sebanyak 7 kali dan dilakukan 2 kali dalam sehari)	3. Klien tampak mampu menggenggam bola dengan memutar pergelangan tangan	
09.20		4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (mengubah posisi tiap 2 jam)	4. Pasien melakukan mobilisasi dini mika miki dengan mandiri 5. Pasien mengatakan saat mobilisasi terasa nyeri dan sudah bisa menggerakkan	

JAM	NO DX KEP	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON PASIEN	TT
09.30		5. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya setelah dilakukan mobilisasi dini	tangan kirinya, kekuatan otot 5555 4444 <hr/> 5555 5555	
08.30	D.0109	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Keluarga pasien telah menyiapkan semua keperluan pribadi pasien	 navalia
09.00		2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	
09.15		3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	
08.30	D.0142	1. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien	1. Jumlah pengunjung yang menjenguk hanya 2 orang	 navalia
09.00		2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	2. Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
09.15		3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi	3. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	
09.30		4. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	4. Calor (-) tumor (-) dolor (-) rubor (-) funcio laesa (+)	
09.40		5. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi	5. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Sdr. Y
 Umur : 18 tahun
 No. Reg. : 356xxx

Tabel 4. 13 Evaluasi keperawatan nyeri akut

NO DX	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
KEP		
D.0077	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien post op close fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 7, T: nyeri memberat setiap saat O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - TD : 131/63 mmHg - N: 98 x/menit, - S 36,3 °C, - RR: 20x/menit - KU tampak lemah <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3,5,9,10</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg) 3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri 5. Mengkaji respon nyeri non 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 6, T: nyeri memberat saat tangan digerakkan O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - TD : 126/70 mmHg, - N: 90x/menit, - S: 36.5° C, - RR : 20 x/menit - KU tampak lemah <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3,5,9,10</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg) 3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri 5. Mengkaji respon nyeri non

NO DX	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
KEP	verbal	verbal
E:	E:	E:
1. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan, skala nyeri 7	1. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan, skala nyeri 5	1. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan, skala nyeri 5
2. Pasien tampak gelisah dan meringis saat merubah posisi tangan	2. Pasien tampak lebih tenang	2. Pasien tampak lebih tenang
3. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam	3. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam	3. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam

NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025
D.0077	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien post op close fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri memberat saat tangan digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - TD : 125/66 mmHg, - N: 88x/menit, - S: 36.3° C, - RR : 20 x/menit - KU tampak cukup baik <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3.5,9,10</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien <i>post op close</i> fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - TD : 125/75 mmHg, - N: 89x/menit, - S: 36.3° C, - RR : 20 x/menit - KU cukup baik <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3.5,9,10</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 2. Berkolaborasi pemberian analgetik (santagesik 3x1 g, ceftriaxon 2x1 g, ranitidin 2x50 mg, mecobalamin 3x500 mcg)

NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025
	mg, mecabalamin 3x500 mcg)	3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri
	3. Menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri	4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri
	4. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dan skala nyeri	5. Mengkaji respon nyeri non verbal
	5. Mengkaji respon nyeri non verbal	E:
	E:	1. Pasien mengatakan nyeri pada tangannya berkurang, skala nyeri 4
	1. Pasien mengatakan tangannya terasa nyeri saat digerakkan, skala nyeri 4	2. Pasien tampak lebih tenang
	2. Pasien tampak lebih tenang	3. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam
	3. Pasien mampu mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam	

NO DX KEP	TANGGAL 02 Maret 2025
D.0077	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi; P: pasien post op close fraktur radius ulna, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri dirasakan di tangan kiri, S: skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - TD : 120/66 mmHg, - N: 98x/menit, - S: 36.3° C, - RR : 20 x/menit - KU tampak baik <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi, pasien KRS</p> <p>I : -</p> <p>E: -</p>

Tabel 4. 14 Evaluasi gangguan mobilitas fisik

NO DX KEP	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025												
D.0054	<p>S : Pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <table border="1"> <tr> <td>- Kekuatan otot</td> <td>5555</td> <td>1111</td> </tr> <tr> <td>- Gerakan</td> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>- Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri</p> <p>- Pasien tampak tidak mampu menggenggam bola seperti yang telah diajarkan perawat</p> <p>- Pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga namun pasien tampak belum mampu menahan tubuhnya</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,5,6</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Mengkaji adanya nyeri <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tangan kiri pasien sulit untuk digerakkan 2. Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak seperti yang telah diajarkan perawat 3. Gerakan terbatas pada tangan kiri 	- Kekuatan otot	5555	1111	- Gerakan	5555	4444	<p>S : Pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <table border="1"> <tr> <td>- Kekuatan otot</td> <td>5555</td> <td>2222</td> </tr> <tr> <td>- Gerakan</td> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>- Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri</p> <p>- Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak seperti yang telah diajarkan perawat</p> <p>- Pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,5,6</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini - Mengkaji adanya nyeri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan kiri pasien sulit untuk digerakkan - Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak seperti yang telah diajarkan perawat - Gerakan terbatas pada tangan kiri 	- Kekuatan otot	5555	2222	- Gerakan	5555	4444
- Kekuatan otot	5555	1111												
- Gerakan	5555	4444												
- Kekuatan otot	5555	2222												
- Gerakan	5555	4444												

NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025												
D.0054	<p>S : Pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <table border="1"> <tr> <td>- Kekuatan otot</td> <td>5555</td> <td>2222</td> </tr> <tr> <td>- Gerakan</td> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>- Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri</p> <p>- Klien tampak mampu menggenggam bola namun tidak mampu menggerakkan dengan pergelangan tangan</p> <p>- Pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,5,6</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Mengkaji adanya nyeri <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tangan kiri pasien sulit untuk digerakkan 2. Klien tampak mampu menggenggam bola 3. Gerakan terbatas pada tangan kiri 	- Kekuatan otot	5555	2222	- Gerakan	5555	4444	<p>S : Pasien mengeluh nyeri berkurang dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <table border="1"> <tr> <td>- Kekuatan otot</td> <td>5555</td> <td>3333</td> </tr> <tr> <td>- Gerakan</td> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <p>- Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri</p> <p>- Klien tampak mampu menggenggam bola lalu melakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan</p> <p>- Pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan mandiri</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,5,6</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yakni spherical grip 4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 5. Mengkaji adanya nyeri <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tangan kiri pasien sulit untuk digerakkan 2. Klien tampak mampu menggenggam bola dan melakukan fleksi ekstensi pergelangan tangan 3. Gerakan terbatas pada tangan kiri 	- Kekuatan otot	5555	3333	- Gerakan	5555	4444
- Kekuatan otot	5555	2222												
- Gerakan	5555	4444												
- Kekuatan otot	5555	3333												
- Gerakan	5555	4444												

NO DX KEP	TANGGAL 02 Maret 2025						
D.0054	<p>S :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri berkurang dan sudah bisa menggerakkan tangan kirinya</p> <p>O :</p> <table border="1"> <tr> <td>- Kekuatan otot</td> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri - Klien tampak mampu menggenggam bola dengan memutar pergelangan tangan - Pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan mandiri <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi, pasien KRS</p> <p>I : -</p> <p>E : -</p>	- Kekuatan otot	5555	4444		5555	5555
- Kekuatan otot	5555	4444					
	5555	5555					

Tabel 4. 15 Evaluasi masalah keperawatan defisit perawatan diri

NO DX KEP	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
D.0109	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak lemah - Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum) 2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi 3. Memonitor tingkat kemandirian 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak lemah - Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,3</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum) 2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi 3. Memonitor tingkat

NO DX KEP	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
	pasien	kemandirian pasien
	E:	E:
	1. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	1. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga
	2. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	2. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga

NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025
D.0109	S : Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri	S : Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri
	O :	O :
	- KU tampak cukup baik	- KU tampak cukup baik
	- Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat	- Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat
	- Pasaian tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri	- Pasaian tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri
	A : masalah belum teratasi	A : masalah belum teratasi
	P : lanjutan intervensi 1,2,3	P : lanjutan intervensi 1,2,3
	I :	I :
	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)	1. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (sikat gigi, baju ganti, parfum)
	2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi	2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri pasien setelah operasi
	3. Memonitor tingkat kemandirian pasien	3. Memonitor tingkat kemandirian pasien
	E:	E:
	1. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga	1. Semua aktivitas sehari – hari pasien di rumah sakit dibantu oleh keluarga
	2. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga	2. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga

NO DX KEP

TANGGAL 02 Maret 2025

D.0109	<p>S : Pasien mengatakan susah menggerakkan tangan sebelah kiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak baik - Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat - Pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : hentikan intervensi, pasien KRS</p> <p>I : -</p> <p>E : -</p>
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 4. 16 Evaluasi masalah keperawatan risiko infeksi

NO DX KEP	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
D.0142	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak lemah - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Kemerahan (-) - Nyeri (+) - Rembesan (-) - KU tampak lemah <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,8,9</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mengajarkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi 5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 6. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan selalu 	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak lemah - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Calor (-) - Tumor (+) - Dolor (+) - Rubor (-) - Funcio laesa (+) - Rembesan (-) - KU tampak lemah <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi 1,2,4,8,9</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mengajarkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi 5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 6. Mengajarkan pasien cara

NO DX KEP	TANGGAL 26 Februari 2025	TANGGAL 27 Februari 2025
	menghabiskan porsi makanan di rumah sakit	memeriksa kondisi luka operasi
	2. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	E: 1. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit
	3. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	2. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+) 3. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan
NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025
D.0142	S : - O : - KU tampak lemah - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Kemerahan (-) - Nyeri (+) - Rembesan (-) - KU tampak cukup baik A : masalah teratasi sebagian P : lanjutan intervensi 1,2,4,8,9 I : 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi 5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 6. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi E: 1. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di rumah sakit 2. Calor (-) tumor (+) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+)	S : - O : - KU tampak lemah - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Calor (-) - Tumor (-) - Dolor (+) - Rubor (-) - Funcio laesa (+) - Rembesan (-) - KU tampak cukup baik A : masalah teratasi sebagian P : lanjutan intervensi 1,2,4,8,9 I : 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Membatasi jumlah pengunjung yang akan menjenguk pasien 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi 5. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 6. Mengajarkan pasien cara memeriksa kondisi luka operasi E: 1. Pasien mengatakan selalu menghabiskan porsi makanan di

NO DX KEP	TANGGAL 28 Februari 2025	TANGGAL 01 Maret 2025
	3. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan	rumah sakit 2. Calor (-) tumor (-) dolor (+) rubor (-) funcio laesa (+) 3. Pasien mengatakan kondisi lukanya tidak ada rembesan

NO DX KEP	TANGGAL 02 Maret 2025
D.0142	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU tampak baik - Terdapat luka post op terpasang internal fiksasi - Calor (-) - tumor (-) - dolor (-) - rubor (-) - funcio laesa (+) - Rembesan (-) - KU tampak lemah <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi, pasien KRS</p> <p>I : -</p> <p>E : -</p>

EVALUASI SUMATIF

Berdasarkan data hasil pengkajian Sdr. Y 18 tahun masuk rumah sakit dengan diagnosa medis close fraktur radius ulna. Keluhan utama nyeri pada bagian tangan kiri setelah operasi, saat pengkajian didapatkan data keadaan umum pasien tampak lemah, tampak gelisah dan meringis, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas pada tangan kiri, tekanan dara 133/63 mmHg, nadi 110x/menit, suhu 36,2°C, saturasi oksigen 97%, respirasi 22x/menit. Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri sehingga aktivitas pasien selama di rumah sakit dibantu keluarga dan perawat. Terdapat luka *post op* yang terpasang internal fiksasi, serta tidak ada rembesan pada luka. Dari data yang telah dipaparkan penulis mengangkat 4 diagnosa yakni nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, dan risiko infeksi.

Pada tanggal 26 februari 2025, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan masih merasa nyeri di tangan kiri dengan skala 7, pasien tampak gelisah dan meringis, tekanan darah 131/63 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36,3°C, keadaan umum pasien tampak lemah, pasien juga mengeluh susah menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien tampak tidak mapu menggenggam bola seperti yang diajarkan perawat, gerakan pasien terbatas pada sebelah kiri. Tampak semua aktivitas pasien selama di rumah sakit masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Calor (-), Tumor (+), Dolor (+), Rubor (-) , Funcio laesa (+), Rembesan (-).

Pada tanggal 27 februari 2025, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan masih merasa nyeri di tangan kiri dengan skala 6, pasien tampak gelisah dan meringis, tekanan darah 126/70

mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,5°C, keadaan umum pasien tampak lemah, pasien juga mengeluh susah menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien tampak mampu menggenggam bola namun tidak seperti yang diajarkan perawat, gerakan pasien terbatas pada sebelah kiri. Tampak semua aktivitas pasien selama di rumah sakit masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Calor (-), Tumor (+), Dolor (+), Rubor (-) , Funcio laesa (+), Rembesan (-)

Pada tanggal 28 februari 2025, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan masih merasa nyeri di tangan kiri dengan skala 5, pasien tampak lebih tenang, tekanan darah 125/66 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,3°C, keadaan umum pasien tampak cukup baik, pasien juga mengeluh susah menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien tampak mampu menggenggam bola seperti yang diajarkan perawat namun tidak mampu menggerakkannya dengan pergelangan tangan, gerakan pasien terbatas pada sebelah kiri namun ada peningkatan pada kekuatan otot. Tampak semua aktivitas pasien selama di rumah sakit masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Calor (-), Tumor (+), Dolor (+), Rubor (-) , Funcio laesa (+), Rembesan (-)

Pada tanggal 01 Maret 2025, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan masih merasa nyeri hilang timbul di tangan kiri dengan skala 4, pasien tampak lebih tenang, tekanan darah 125/75 mmHg, nadi 89x/menit, suhu 36,3°C, keadaan umum pasien tampak cukup baik, pasien juga mengeluh susah menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien tampak mampu menggenggam bola seperti yang diajarkan perawat serta mampu melakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan, gerakan pasien terbatas pada sebelah kiri namun ada peningkatan pada kekuatan otot. Tampak semua aktivitas pasien

selama di rumah sakit masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Calor (-), Tumor (-), Dolor (+), Rubor (-), Funcio laesa (+), Rembesan (-).

Pada tanggal 02 Maret 2025, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan masih merasa nyeri hilang timbul di tangan kiri dengan skala 3, pasien tampak lebih tenang, tekanan darah 120/66 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36,3°C, keadaan umum pasien tampak baik, pasien mengeluh susah menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien tampak mampu menggenggam bola dengan memutar pergelangan tangan, gerakan pasien terbatas pada sebelah kiri namun ada peningkatan pada kekuatan otot. Tampak semua aktivitas pasien selama di rumah sakit masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Calor (-), Tumor (-), Dolor (-), Rubor (-), Funcio laesa (+), Rembesan (-). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yakni pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat namun harus dilanjutkan secara mandiri oleh pasien dibantu keluarga untuk meningkatkan kekuatan otot pada tangan sebelah kiri.

BAB 5

PEMBAHASAN

A. Analisis Karakteristik Pasien

Penulis telah melakukan proses pengkajian keperawatan terhadap pasien atas nama Sdr. Y, seorang perempuan berusia 18 tahun. Pengkajian ini dilakukan melalui wawancara atau anamnesis yang melibatkan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik menyeluruh, serta penelaahan hasil pemeriksaan penunjang medis. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, diketahui bahwa pasien mengalami kondisi fraktur distal pada tulang radius dan ulna. Menurut Sjahranie et al (2022), fraktur distal radius dan ulna dapat terjadi pada semua kelompok usia, baik muda maupun tua. Namun, kasus terbanyak ditemukan pada usia dewasa muda karena cedera energi tinggi, sementara pada lansia biasanya disebabkan oleh trauma energi rendah dan osteoporosis.

Keluhan utama pasien adalah nyeri pada tangan kiri, dengan sensasi seperti ditekan-tekan, skala nyeri 7, dan meningkat saat digerakkan. Nyeri ini disebabkan oleh gangguan atau kerusakan pada sistem saraf perifer, seperti cedera serabut saraf, infiltrasi sel kanker, atau pemotongan saraf perifer. Sensasi yang dirasakan meliputi panas, tertusuk-tusuk, serta rasa tidak nyaman pada sentuhan, dan dapat menyebabkan allodynia. Nyeri jenis ini sering kali tidak merespons baik terhadap analgesik konvensional (Dharmapala and Puspitayani, 2022).

Pada saat pemeriksaan fisik muskuloskeletal, ditemukan bahwa pasien mengalami fraktur tertutup (*closed fracture*) pada tulang radius dan ulna tangan kiri. Pasien menunjukkan kesulitan yang signifikan dalam menggerakkan tangan kirinya dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga memerlukan bantuan dari anggota keluarga saat berada di rumah sakit. Pemeriksaan kekuatan otot menunjukkan hasil sebagai berikut: ekstremitas atas kanan dengan kekuatan otot 5 (normal), ekstremitas atas kiri 1 (sangat lemah), ekstremitas bawah kanan 5, dan ekstremitas bawah kiri 4. Tangan kiri pasien yang telah dibidai tampak mengalami pembengkakan, deformitas, dan terdengar krepitasi. Dalam pengkajian keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), ditemukan berbagai data terkait kondisi pasien, di antaranya adalah kesulitan menggerakkan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, berkurangnya rentang gerak (*range of motion/ROM*), nyeri saat bergerak, kekakuan pada sendi, keterbatasan gerak, dan kelemahan fisik secara umum. Berdasarkan temuan tersebut, penulis menyimpulkan bahwa Sdr. Y mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditandai oleh penurunan kekuatan otot dan keterbatasan gerakan pada ekstremitas atas kiri.

Kesimpulan ini sejalan dengan hasil penelitian oleh (Susanti and Surya Purnama, 2021) yang menyatakan bahwa gangguan mobilitas fisik adalah suatu kondisi ketika individu tidak mampu bergerak secara bebas akibat gangguan pada sistem muskuloskeletal. Trauma yang terjadi pada otot dan tulang dapat menyebabkan kerusakan struktur tubuh serta proses

katabolik otot yang berkelanjutan, sehingga mengakibatkan penurunan massa dan kekuatan otot. Contoh kondisi penyebab gangguan ini antara lain cedera tulang belakang, trauma kepala berat, atau fraktur pada ekstremitas.

Menurut opini penulis Sdr.Y menunjukkan terjadinya *post op close* fraktur radius ulna. Sesuai teori bahwa manifestasi klinis yang dirasakan pada pasien yaitu nyeri dan kesulitan menggerakkan ekstremitas atas sebelah kiri. Sdr. Y juga mengalami penurunan kekuatan otot, gerakan terbatas pada ekstremitas atas sebelah kiri. Penatalaksanaan fraktur dapat dilakukan dengan imobilisasi, rehabilitasi, dan prosedur bedah untuk mengembalikan anatomi tulang yang optimal. Rehabilitasi setelah fraktur sangat penting untuk memulihkan kekuatan otot, membantu pasien mengatasi kelemahan fisik, dan mengembalikan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada pasien dengan fraktur penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang perlu ditangani dengan cara diberikannya latihan rentang gerak. Latihan gerak tersebut salah satunya dengan latihan ROM (*range of motion*) yakni latihan *spherical grip*.

B. Analisis masalah keperawatan

Fokus utama keperawatan yang diprioritaskan dalam kajian kasus ini, sesuai dengan judul yang diangkat, adalah diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan temuan data subjektif dan objektif yang mendukung. Data subjektif menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan nyeri

hebat dan kesulitan dalam menggerakkan tangan sebelah kiri. Pasien menyatakan bahwa rasa nyeri bertambah berat ketika tangan digerakkan, dengan karakteristik nyeri seperti ditekan-tekan dan memiliki skala nyeri sebesar 7 dari 10. Seluruh aktivitas pasien selama berada di rumah sakit, baik dalam hal perawatan diri maupun mobilisasi, sepenuhnya dibantu oleh anggota keluarga serta tenaga perawat.

Sementara itu, data objektif memperlihatkan bahwa tangan kiri pasien dalam kondisi dibidai, tampak mengalami pembengkakan, serta memiliki keterbatasan gerak. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien menunjukkan nilai ekstremitas atas kanan 5 (normal), ekstremitas atas kiri 1 (sangat lemah), ekstremitas bawah kanan 5 (normal), dan ekstremitas bawah kiri 4 (sedikit lemah). Temuan-temuan ini mengindikasikan adanya gangguan signifikan pada fungsi muskuloskeletal, terutama pada ekstremitas atas kiri, yang berkaitan erat dengan kerusakan struktur tulang akibat fraktur.

Dari data fokus di atas diketahui bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda gejala menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI (2018) pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu pasien sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

Menurut opini penulis, data yang muncul pada Ny. Y sesuai dengan yang ada pada buku SDKI dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik. Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan fraktur radius ulna merupakan aspek penting dalam perawatan karena kondisi

ini secara langsung mempengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak dan melakukan aktivitas sehari – hari.

C. Analisis intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan

Setelah didapatkan diagnosa keperawatan yang ada pada kasus, maka penulis dapat merumuskan tindakan yang akan dilakukan terhadap diagnosa keperawatan pada pasien dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan diagnosa keperawatan, luaran yang dapat diambil yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan esktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, dan rentang gerak (ROM) meningkat. Intervensi yang digunakan untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan yakni dukungan mobilisasi. Panduan yang digunakan untuk penentuan intervensi keperawatan yaitu Standar Intevensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Tindakan–tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien fraktur untuk meningkatkan mobilitas fisik sangat banyak sekali salah satunya dengan melakukan latihan fungsional dengan cara menggenggam sebuah bola karet pada telapak tangan atau disebut *spherical grip exercise*. Mekanisme yang dilakukan melalui latihan ini berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik (Appulembang *et al.*, 2022). Pemberian latihan ROM Aktif *Spherical grip* dapat dijadikan sebagai *alternative* terapi latihan dalam proses rehabilitasi pasien post op untuk membantu memperkuat otot yang melemah

pasca imobilisasi atau pembedahan (Firmansyah madyana, 2023). Latihan ini juga meningkatkan rentang gerak (*range of motion*) pada sendi jari dan pergelangan tangan, yang sangat penting untuk mengatasi kekakuan sendi akibat imobilisasi. Selain itu, penggunaan bola dengan berbagai tekstur dan tingkat resistensi membantu merangsang reseptor proprioseptif di tangan, yang berperan dalam meningkatkan kesadaran posisi (propriosepsi) dan kontrol motorik.

Penelitian yang dilakukan oleh Sari et al (2023) menyatakan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan *spherical grip* selama 3x24 jam didapatkan hasil bahwa tindakan menggenggam bola karet terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien non stroke hemoragik. Penelitian yang dilakukan oleh. (Muhammad Ikhsan Saputro, 2023) menyatakan bahwa terjadi peningkatan kekuatan otot Tn.Y dari sebelumnya (3) menjadi (4) pada hari kedua setelah latihan ROM aktif asitif *spherical grip* selama 3 hari. Hal tersebut dapat disimpulkan Latihan ini efektif diberikan kepada pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas atas.

Menurut opini penulis, berdasarkan fakta dan teori di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa intervensi keperawatan yang fokus pada dukungan mobilisasi, termasuk latihan menggunakan *spherical grip* sangatlah penting dalam proses penyembuhan gangguan mobilitas fisik pada pasien fraktur radius ulna. Melalui latihan *spherical grip* dapat membantu mempertahankan gerakan normal pada sendi yang terkena fraktur, sehingga mengurangi risiko terjadinya kontraktur atau kekakuan sendi.

D. Analisis implementasi keperawatan

Dalam penatalaksanaan kasus ini, implementasi keperawatan difokuskan pada dukungan terhadap mobilisasi pasien yang dilakukan secara intensif selama 5x24 jam. Implementasi ini mencakup tiga bentuk tindakan keperawatan utama, yaitu tindakan observasi, terapeutik, dan edukasi, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan gerak pasien secara bertahap serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Tindakan terapeutik meliputi memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Tindakan edukasi meliputi menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mika miki tiap 2 jam).

Intervensi lainnya yang menunjang keberhasilan kriteria hasil yaitu latihan *spherical grip*. Pada hari pertama pasien tampak tidak mampu menggenggam bola seperti yang telah diajarkan oleh perawat, pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan bantuan keluarga namun pasien tampak belum mampu menahan tubuhnya. Pada hari kedua terdapat peningkatan yakni pasien tampak mampu menggenggam bola namun masih belum seperti yang diajarkan oleh perawat. Pada hari ketiga gerakan pasien masih sama seperti sebelumnya yakni pasien mampu menggenggam bola namun tidak mampu menggerakkan dengan pergelangan tangan. Pada hari keempat terdapat peningkatan pada gerakan ekstremitas kiri pasien yakni pasien mampu menggenggam bola lalu melakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan. Pada hari kelima pasien mampu menggenggam bola

dengan memutar pergelangan tangan kirinya, meskipun masih belum mampu menahan jika diberikan tahanan sedang.

Penelitian yang dilakukan oleh Aji et al (2025) pada jurnal yang berjudul “Penerapan Teknik ROM (*Range Of Motion*) Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Pasien *Post Op.* Fraktur” menyatakan bahwa setelah dilakukan penerapan ROM pada subjek selama 2 hari, didapatkan data bahwa kekuatan otot ada subjek tetap pada skala 3 dimana tidak terjadi perubahan dalam skala kekuatan otot. Kekuatan otot yang tidak meningkat disebabkan oleh faktor utama berupa usia yang sudah lansia dimana peningkatan sel-sel pada otot membutuhkan waktu yang cukup lama, serta tidak dapat melatih kekuatan otot yang lemah akibat penurunan aktivitas fisik yang lama (Aji, Inayati and Sari, 2025). Penelitian lain yang dilakukan oleh Nabhani, Sulastri and Setyorini, (2022) pada jurnal yang berjudul “Pengaruh ROM (*Range Of Motion*) Terhadap Fleksibilitas Gerak Sendi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Atas” menyatakan bahwa terdapat pengaruh latihan ROM terhadap fleksibilitas gerak sendi pasien post operasi fraktur ekstremitas atas yang diperkuat dengan hasil uji wilcoxon $P\ value\ 0,007 < 0,05$. Penelitian yang dilakukan oleh Chornellya et al (2023) menyebutkan bahwa penerapan *range of motion*(ROM) *spherical grip* dapat membantu meningkatkan kekuatan otot pasien stroke. Sehingga pasien stroke dapat melakukan penatalaksanaan atau latihan dalam meningkatkan kekuatan otot.

Dari berbagai bukti tersebut, penulis berpendapat bahwa keberhasilan intervensi mobilisasi pada kasus ini merupakan hasil sinergi dari pendekatan multidimensi yang dilakukan secara intensif, terstruktur, dan disesuaikan

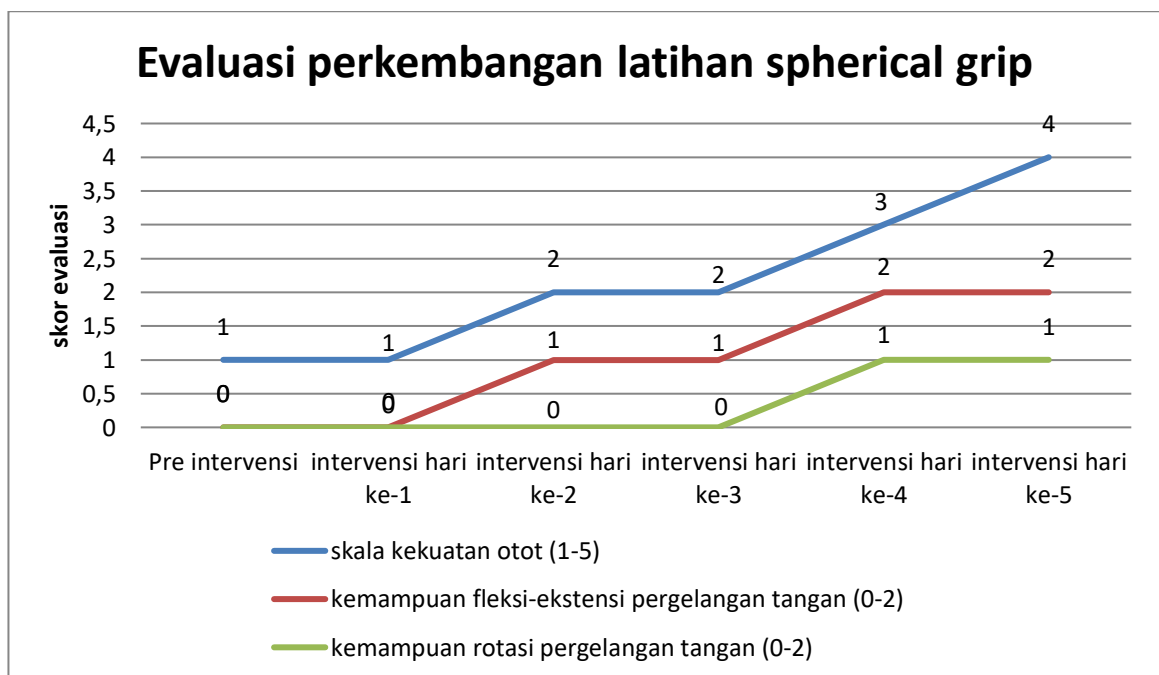
dengan kondisi serta kapasitas pasien. Keberhasilan ini juga tidak lepas dari keterlibatan aktif keluarga sebagai pendukung utama di luar tenaga kesehatan, serta motivasi pasien yang terus dijaga melalui pendekatan edukatif. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan pendekatan holistik yang menggabungkan aspek klinis, psikososial, dan edukatif dalam pemberian intervensi ROM. Dengan mempertimbangkan hasil penelitian yang ada dan pengalaman klinis dari kasus ini, penulis menyimpulkan bahwa intervensi ROM, terutama dengan variasi latihan seperti *spherical grip*, efektif dalam mempercepat pemulihan kekuatan otot dan fleksibilitas sendi pasien pasca operasi fraktur ekstremitas atas, terutama jika dilakukan secara konsisten, dalam waktu yang memadai, serta melibatkan dukungan keluarga sebagai mitra perawatan

E. Analisis evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan fase terakhir dalam proses keperawatan yang melibatkan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil yang diamati dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Proses ini melibatkan penilaian terhadap pemahaman tentang standar asuhan keperawatan dan respons normal klien terhadap tindakan keperawatan (Hadinata, Jahid Abdillah and Wahyuni, 2022). Evaluasi keperawatan yang diharapkan untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik meliputi peningkatan pergerakan ekstremitas, peningkatan kekuatan otot, dan peningkatan rentang gerak (ROM). Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAPIE (*Subjective-Objective Assesment-Planning-*

Implementation-evaluation) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Hasil evaluasi keperawatan pada Sdr. Y setelah dilakukan implementasi selama 5x24 jam yakni pasien mengeluh nyeri berkurang dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, skala kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan 5555, ekstremitas atas sebelah kiri 4444, ekstremitas bawah sebelah kanan 5555, ekstremitas bawah sebelah kiri 5555, gerakan terbatas pada tangan sebelah kiri, pasien tampak mampu menggenggam bola dengan memutar pergelangan tangan, pasien mampu melakukan mobilisasi dini mika miki dengan mandiri. Masalah teratasi di tanggal 02 Maret 2025. Intervensi dihentikan, pasien pulang tetapi tetap menganjurkan pasien untuk menerapkan latihan seperti yang diajarkan di rumah.



Gambar 5. 1 Grafik evaluasi perkembangan latihan spherical grip

Berdasarkan grafik perkembangan terapi *spherical grip* selama lima hari, terlihat adanya peningkatan yang signifikan terhadap kemampuan motorik pergelangan tangan pasien, khususnya pada aspek fleksi-ekstensi dan rotasi. Pada kemampuan fleksi-ekstensi pergelangan tangan, awalnya pasien tidak mampu melakukan gerakan sama sekali (skor 0) pada hari pertama. Namun, pada hari kedua dan ketiga, terjadi kemajuan dengan munculnya gerakan parsial (skor 1), yang menunjukkan mulai terjadinya respon otot dan persendian terhadap stimulasi latihan. Puncaknya, pada hari keempat dan kelima, pasien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi secara sempurna (skor 2), menandakan bahwa fungsi motorik pergelangan tangan mulai pulih secara optimal.

Sementara itu, kemampuan rotasi pergelangan tangan menunjukkan kemajuan yang lebih lambat. Selama tiga hari pertama, tidak ada rotasi yang dapat dilakukan oleh pasien (skor 0), yang menunjukkan bahwa koordinasi otot-otot rotator dan fleksor belum cukup kuat untuk merespon latihan. Baru pada hari keempat dan kelima, pasien mulai menunjukkan gerakan rotasi parsial (skor 1), yang mencerminkan adanya peningkatan aktivasi otot-otot pronator dan supinator, meskipun belum sepenuhnya sempurna. Secara keseluruhan, grafik menunjukkan trend perbaikan fungsi motorik ekstremitas atas yang progresif dan menggambarkan bahwa terapi *spherical grip* efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, fleksibilitas, serta koordinasi gerak pergelangan tangan pasien pasca fraktur.

Terapi *spherical grip* akan menyebabkan kontraksi otot yang bisa membuat kekuatan otot tangan menjadi lebih kuat karena telah terjadi

kontraksi yang dihasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin. Penggunaan bola dengan dengan ciri fisik tersebut dapat menstimulus titik akupuntur terutama pada tangan secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada permukaan tangan yang akan disampaikan ke otak. Latihan bola karet juga dapat merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi, hanya dengan sedikit kontraksi kuat setiap latihan dengan karakteristik bola karet yang bergigi dan lentur akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Respon akan disampaikan ke korteks sensorik di otak jalur sensorik melalui badan sel pada saraf C7-T1 secara langsung melalui sistem limbic (Appulembang *et al.*, 2022). Peningkatan kekuatan otot bisa terjadi karena terapi genggam bola karet dapat menstimulasi jaringan-jaringan di otot untuk kontraksi walaupun setiap harinya kontarksiya sedikit-sedikit. Terapi menggenggam bola karet akan menyebabkan kontraksi otot yang bisa membuat kekuatan otot tangan menjadi lebih kuat karena telah terjadi kontraksi yang dihasilkan peningkatan motor unit yang di produksi asetilcholin (Sitio *et al.*, 2022)

Temuan dari kasus Sdr. Y ini menegaskan bahwa terapi genggam bola karet merupakan salah satu intervensi keperawatan non-farmakologis yang murah, mudah dilakukan, namun memiliki efek terapeutik yang kuat, terutama dalam peningkatan kekuatan otot dan pergerakan sendi pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Pencapaian evaluasi ini juga menyoroti pentingnya kesinambungan perawatan di rumah, dengan edukasi yang diberikan kepada pasien untuk tetap melanjutkan latihan secara mandiri setelah pulang dari fasilitas kesehatan.

Terdapat keterbatasan dalam pelaksanaan intervensi ini yaitu: apabila pasien mengalami nyeri selama latihan, maka latihan harus dihentikan sementara dan dilanjutkan kembali setelah nyeri berkurang untuk menghindari cedera lanjutan atau penurunan kenyamanan pasien. Motivasi dan dukungan dari keluarga juga menjadi faktor kunci, karena keterlibatan keluarga sangat dibutuhkan dalam mendorong pasien untuk tetap konsisten melakukan latihan secara mandiri agar proses pemulihan berlangsung optimal.

Berdasarkan keseluruhan data tersebut, penulis menyimpulkan bahwa keberhasilan intervensi dalam kasus ini merupakan hasil dari pendekatan keperawatan yang menyeluruh, tepat sasaran, dan berbasis bukti ilmiah. Dengan mempertimbangkan keberhasilan yang dicapai dan keterbatasan yang ada, maka terapi genggam bola karet terbukti efektif dan layak untuk direkomendasikan sebagai bagian dari penatalaksanaan pasien dengan gangguan mobilitas fisik, baik dalam tatanan rumah sakit maupun komunitas.

BAB 6

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian Sdr. Y mengalami fraktur distal pada tulang radius dan ulna tangan kiri. Pasien datang dengan keluhan utama nyeri pada tangan kiri dengan skala nyeri 7/10, terutama saat digerakkan. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya fraktur tertutup pada tangan kiri, pembengkakan, deformitas, dan krepitasi. Selain itu, kekuatan otot ekstremitas atas kiri terdeteksi sangat lemah (skala 1) sementara ekstremitas bawah kiri hanya sedikit lemah (skala 4). Terdapat keterbatasan gerak pada tangan kiri, dan pasien kesulitan untuk melakukan aktivitas mandiri.
2. Diagnosa keperawatan aktual yang muncul pada Sdr.Y adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan susah menggerakkan tangan sebelah kiri, gerakan terbatas pada tangan kiri, kekuatan otot ekstremitas kiri menurun
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Sdr.Y sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang ada. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi, dengan pemberian latihan *spherical grip*

4. Implementasi yang dilakukan pada Sdr.Y yaitu dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi dan pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan dengan mengajarkan latihan ROM *spherical grip*, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 26 Februari-02 Maret 2025 dilakukan dengan SOAPIE antara lain Pasien mengalami penurunan nyeri dan peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas kiri (skala kekuatan otot meningkat dari 1 menjadi 4). Rentang gerak (ROM) tangan kiri juga meningkat, dan pergerakan pergelangan tangan menjadi lebih lancar. Pasien kini dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dan lebih mandiri dalam aktivitas sehari-hari. Gangguan mobilitas fisik pasien berhasil teratasi sebagian pada tanggal 2 Maret 2025 sehingga pasien KRS.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi untuk menambah pengetahuan dalam mengurangi masalah kelemahan ekstremitas dan otot secara non farmakologis dan dapat dilakukan pasien secara mandiri di rumah dengan melakukan *spherical grip exercise*

2. Bagi perawat

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan terapi modalitas inovatif berupa *spherical grip exercise* sebagai bentuk keterbaruan dalam praktik keperawatan. Perawat

diharapkan mampu mengintegrasikan terapi ini dalam asuhan keperawatan, baik di ruang rawat inap maupun saat perawatan lanjutan di rumah, guna mempercepat pemulihan fungsi fisik pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan terapi modalitas *spherical grip exercise*, khususnya pada pasien pasca operasi fraktur dengan kelemahan ekstremitas. Penelitian lanjutan disarankan untuk mengombinasikan terapi ini dengan modalitas lain guna meningkatkan efektivitas pemulihan fungsi fisik dan memperluas manfaat terapeutik yang dapat diperoleh pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, K.B., Inayati, A. and Sari, S.A. (2025) 'Penerapan Teknik ROM (Range Of Motion) Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Pasien Post Op. Fraktur', *Jurnal Cendikia Muda*, 5(4), pp. 488–493. Available at: <https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/745> (Accessed: 3 June 2025).
- Appulembang, I. *et al.* (2022) 'The Effect of Range Of Motion Exercises on the Upper Extremity With Rubber Ball Grip Against Muscle Strength Stroke Patients (Literature Study)', *Jurnal Berita Kesehatan*, 15(1). Available at: <https://doi.org/10.58294/GBK.V15I1.82>.
- Apriliani, A. (2022) 'Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Multiple Fraktur Di Ruang Cendana 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta'. Available at: <http://poltekkesjogja.ac.id> (Accessed: 29 May 2025).
- Chornellya, S. *et al.* (2023) 'Pengaruh Range Of Motion (ROM) Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik', *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), pp. 576–583. Available at: <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/507> (Accessed: 3 June 2025).
- Dharmapala, E. and Puspitayani, I.G.A.M. (2022) 'Epidemiologi, Faktor Risiko, Konseling Pra Dan Pasca Fraktur Distal Radius Akibat Trauma Energi Rendah', *Ganesha Medicina*, 2(1), pp. 57–65. Available at: <https://doi.org/10.23887/GM.V2I1.47028>.
- Enawati, S., Erli, A.I. and Widyastuti, Y. (2022) 'Hubungan Kecemasan Dengan Peningkatan Tekanan Darah Pada Pasien Pre Operasi Close Fraktur', *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 2(3), pp. 87–95. Available at: <https://doi.org/10.55606/JIKKI.V2I3.737>.
- Firmansyah Madyana, N. 2022030042 (2023) 'Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Dengan Inovasi Pemberian ROM Cryndical Grip Dan ROM Spherical Grip Di Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto'.
- Hadinata, D., Jahid Abdillah, A. and Wahyuni, S. (2022) 'Metodologi Keperawatan', *Metodologi Keperawatan* [Preprint]. Edited by S.

- Wahyuni. Available at:
<https://repository.penerbitwidina.com/publications/439035/> (Accessed: 29 May 2025).
- Hawks, J. (2020) *KMB: Dasar-Dasar Keperawatan Medikal Bedah - Joyce M. Black, Jane Hokanson Hawks - Google Buku, Elsevier Health Sciences*. Available at:
[https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=7UWeEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Setelah+fraktur+terjadi,+otot-otot+di+lokasi+fraktur+akan+melindungi+lokasi+fraktur+melalui+\(Joyce+Hawks,+2020\).&ots=GJp4xT854z&sig=8OzjpaQkrYxkcg98uMhFchODqbs&redir_esc=y#v=onepa](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=7UWeEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Setelah+fraktur+terjadi,+otot-otot+di+lokasi+fraktur+akan+melindungi+lokasi+fraktur+melalui+(Joyce+Hawks,+2020).&ots=GJp4xT854z&sig=8OzjpaQkrYxkcg98uMhFchODqbs&redir_esc=y#v=onepa) (Accessed: 29 May 2025).
- Kriestana, H. (2020) ‘Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Postoperasi Fraktur Femur Dengan Masalah Keperawatangangguan Mobilitas Fisik’.
- Muhammad Ikhsan Saputro, I. (2023) ‘Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik: Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Intervensi ROM Aktif Asitif Spherical Grip’.
- Munzirin, R.M. (2020) ‘Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Keterbatasan Lingkup Gerak Sendi Bahu Akibat Post Orif Fraktur Shaft Humerus Dextra (Management of Physiotherapy on Range of Motion Limitation due to Post Orif Fracture of Shaft Humerus Dextra)’, *Research of Service Administration Health and Sains Healthys*, 1(1). Available at:
<https://doi.org/10.58258/Rehat.V1I1.3164>.
- Nabhani, Sulastri and Setyorini, W. (2022) ‘Pengaruh ROM (Range Of Motion) Terhadap Fleksibilitas Gerak Sendi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Atas’, *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(2), pp. 100–106. Available at: <https://doi.org/10.55606/JRIK.V2I2.832>.
- Qasanah, I.I., Winarto, E. and Yunani, Y. (2023) ‘Studi Fenomenologi: Kebutuhan Pendidikan Kesehatan Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Atas’, *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 14(2), pp. 480–492. Available at: <https://doi.org/10.26751/JIKK.V14I2.2062>.
- Raditya, H.Y. (2022) ‘Penatalaksanaan Fisioterapi Dengan Infrared, Streching

Dan Strengthening Pada Post Orif Fraktur 1/3 Distal Radius Dan Ulna Sinistra’.

- Rahmazani, F. (2024) ‘Asuhan keperawatan pada pasien An.w post operatif fraktur di ruang bedah khusus rumah sakit umum Daerah Tgk Chik di Tiro Sigli kabupaten Pidie’.
- Ramadhanti, R.I., Wibowo, T.H. and Burhan, A. (2023) ‘Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Post Operasi Open Reduction Internal Fixation’, *Journal of Management Nursing*, 2(4), pp. 246–252. Available at: <https://doi.org/10.53801/JMN.V2I4.116>.
- ROM, P. *et al.* (2023) ‘Penerapan ROM Exercise Bola Karet Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta’, *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(2), pp. 86–97. Available at: <https://doi.org/10.55606/JURRIKES.V2I2.1738>.
- Saputra, W. (2019) ‘Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H Post Operasi Fraktur Femur Dengan Resiko Infeksi Di Ruang Flamboyan RSUD dr. Harjono Kab. Ponorogo’.
- Sari, S.E. *et al.* (2023) ‘Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023’.
- Sitio, R. *et al.* (2022) ‘Pemberian ROM Aktif Terhadap Tingkat Kemampuan Adl Dasar Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Dengan Tindakan Orif Di Rsud Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh’, *Journal Keperawatan*, 1(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.58774/JOURKEP.V1I1.5>.
- Sjahranie, A.W. *et al.* (2022) ‘Gambaran Karakteristik Fraktur Radius Dital di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017-2019: Overview of Distal Radius Fracture Characteristics at Abdul Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda in 2017-2019’, *Jurnal Sains dan Kesehatan*, pp. 161–167. Available at: <https://doi.org/10.25026/jsk.v4i2.929>.
- Susanti, Y. and Surya Purnama, A. (2021) ‘Asuhan Keperawatan Tn. D dengan Post Operasi Orif Fraktur Antebrachi Sinistra di RS Kardinah Tegal’,

Jurnal Sosial Sains, 1(9). Available at:
<https://doi.org/10.36418/SOSAINS.V1I9.208>.

Sutejo, P.M. *et al.* (2023) ‘Penerapan ROM Spherical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Ruang Syaraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro’, *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), pp. 521–528. Available at:

<https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/500> (Accessed: 29 May 2025).

Swit Rahmi, S.R., Ns.Ida Suryati, M.K.N.I.S.M.K. And Ns.Zulfa, M.K.S.K.N.Z.K.S.K. (2019) ‘Asuhan keperawatan pada Ny N dengan post op orif open fraktur tibia fibula 1/3 distal sinistra dengan terapi murotal al qur’an di ruangan ambun suri lantai 2 RSAM Bukittinggi tahun 2019’.


Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.


Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Latihan ROM aktif Spherical Grip

	POLTEKKES KEMENKES MALANG	
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
	LATIHAN ROM AKTIF SPHERICAL GRIP	
Unit: laboratorium keperawatan		Petugas/pelaksana : perawat, dosen, CI, Mhs
PENGERTIAN	Terapi <i>Range of Motion</i> (ROM) Aktif dengan Spherical Grip pada pasien pasca operasi fraktur distal radius dan ulna bertujuan untuk meningkatkan mobilitas sendi, mempercepat pemulihan kekuatan genggaman, serta mencegah kekakuan dan atrofi otot.	
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan rentang gerak sendi pergelangan tangan dan jari. • Mengurangi kekakuan akibat imobilisasi pasca operasi. • Mempercepat pemulihan kekuatan otot genggaman tangan. • Meningkatkan koordinasi dan fungsi tangan dalam aktivitas sehari-hari. 	
KEBIJAKAN	Terapi ini diterapkan pada pasien pasca operasi fraktur distal radius dan ulna, yang telah mendapatkan izin untuk melakukan latihan ROM aktif.	
PROSEDUR	<p>A. Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi kondisi pasien: Pastikan kondisi pasien stabil dan tidak terasa nyeri 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman: <ul style="list-style-type: none"> ○ Duduk di kursi dengan lengan di atas meja. ○ Pergelangan tangan berada di tepi meja untuk memudahkan gerakan. 3. Lakukan pengukuran awal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan goniometer untuk mengukur ROM sebelum terapi. ○ Catat hasil awal sebagai perbandingan nanti. <p>B. Pelaksanaan</p> <p>1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Posisi: Pasien memegang bola terapi di tangan. • Gerakan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta pasien menekuk pergelangan tangan ke bawah (fleksi). 2. Lalu, angkat ke atas (ekstensi). 3. Ulangi 7 kali, istirahat jika lelah. • Tujuan: Meningkatkan ROM fleksi dan ekstensi. <p>2. Deviasi Radial dan Ulnar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisi: Tangan tetap memegang bola, telapak menghadap ke bawah. • Gerakan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gerakkan tangan ke arah ibu jari (deviasi radial). 2. Lalu, ke arah kelingking (deviasi ulnar). 3. Ulangi 7 kali. • Tujuan: Meningkatkan kelenturan pergelangan tangan. <p>4. Latihan Genggaman Bola (Spherical Grip Exercise)</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Posisi: Pasien memegang bola terapi dengan seluruh jari. • Gerakan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Remas bola secara perlahan selama 5 detik, lalu lepaskan. 2. Ulangi 7 kali. • Tujuan: Meningkatkan kekuatan genggaman dan koordinasi tangan.
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengukuran ulang • Dokumentasikan progres pasien untuk sesi berikutnya.

Lampiran 2 Lembar Penilaian Keberhasilan Terapi Spherical Grip

Identitas Pasien

- Nama: Sdr. Y
- Umur: 18 tahun
- Jenis Kelamin: Perempuan
- Diagnosa Medis: Post Operasi Close Fraktur Radius Ulna
- Tanggal Mulai Terapi: 26 Februari 2025

Hari	Menggenggam Bola	Ekstensi Pergelangan (0-2)	Rotasi Pergelangan (0-2)	Kekuatan Otot (1-5)	keterangan
1	Dengan bantuan	Tidak ada	Tidak ada	1	Pasien tidak mampu menggenggam bola dengan baik. Perlu bantuan dan dukungan
2	Mandiri	Parsial	Tidak ada	2	Pasien mulai mampu menggenggam bola sendiri namun belum sesuai instruksi
3	Mandiri	Parsial	Tidak ada	2	Kemampuan menggenggam stabil, belum ada kemajuan signifikan pada rotasi.
4	Mandiri	Sempurna	Parsial	3	Mampu fleksi-ekstensi dan mulai melakukan rotasi meskipun terbatas.
5	Mandiri	Sempurna	Parsial	4	Mampu menggenggam bola sambil memutar pergelangan, belum tahan tahanan sedang

Lampiran 3 Lembar bimbingan



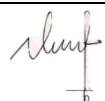







LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES MALANG

Nama Mahasiswa : Navalia Nailin Mudviyanti

NIM : P17212245107

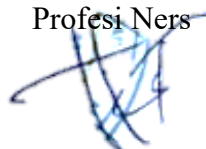
Nama Pembimbing : Marsaid, S.Kep., Ns M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
1	17 Februari 2025	<ul style="list-style-type: none">- Konsultasi terkait judul dan kasus yang akan diambil- Lanjutkan pada Bab 1		
2	26 Februari 2025	<ul style="list-style-type: none">- Mengambil kasus asuhan keperawatan yang paripurna- Melakukan keseluruhan asuhan keperawatan dengan tindakan inovasi spherical grip		
3	22 April 2025	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki tujuan khusus- Melanjutkan mengerjakan Bab 2		
4	06 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki pathway- Menambahkan konsep spherical grip secara detail- Melanjutkan mengerjakan Bab 3		
5	20 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki penyusunan kalimat dan penulisan- Lanjut mengerjakan Bab 4		
6	27 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">- Melengkapi data pengkajian lebih detail- Lanjut mengerjakan Bab 5 dan 6		

7	04 Juni	- Melengkapi abstrak, lembar persetujuan, lampiran		
8	05 Juni 2025	ACC seminar hasil KIAN		
9	27 Juni 2025	Revisi sidang seminar hasil KIAN <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan pengukuran skala kekuatan otot pada konsep gangguan mobilitas fisik - Tambahkan dosis pemberian latihan spherical grip - Menambahkan mekanisme terapi spherical grip pada bagian evaluasi untuk memperkuat hasil dari grafik - Menambahkan keterangan pre intervensi pada grafik evaluasi perkembangan latihan spherical grip - Menambahkan keterbatasan penelitian serta penjelasan mengenai motivasi dan dukungan keluarga dalam pelaksanaan intervensi - Perbaiki penulisan huruf kapital pada daftar pustaka 		
10	01 Juli	ACC Karya Ilmiah Ners		

Malang,2025

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan
Profesi Ners



(Joko wiyono, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom)
NIP. 196909021992031002

Pembimbing KIAN



(Marsaid, S.Kep., Ns M.Kep)
NIP. 197012301997031002

