

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR
MANUS IV DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH
SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG**



**EKO SUDARMANTO
P07120117046**

**PRODI D-III KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR
MANUS IV DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH
SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



**EKO SUDARMANTO
P07120117046**

**PRODI D-III KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING
Proposal /Laporan Karya Tulis Ilmiah

“ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR MANUS IV
DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT TK. II
Dr.SOEDJONO MAGELANG”

Disusun oleh :

EKO SUDARMANTO
P07120117046

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Mengetahui,

Pembimbing I,

Ns. Ida Mardalena, S.Kep.M.Si
NIP : 197107181994032003

Pembimbing II,

Ns. Agus Sarwo P, S.Kep,M. H. Kes
NIP : 197007282002121002

Yogyakarta,
Ketua Jurusan,
GYAKARTA



Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom
NIP : 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR MANUS IV
DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT TK. II
Dr.SOEDJONO MAGELANG”**

Disusun oleh

EKO SUDARMANTO

P07120117046

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns. Maryana, S.Psi.,M.Kep

NIP : 197504072002121002

Anggota,

Ns. Ida Mardalena, S.Kep.,M.Si

NIP : 197107181994032003

Anggota,

Ns. Agus Sarwo P, S.Kep,M.H.Kes

NIP : 197007282002121002



Yogyakarta,

Ketua Jurusan,



Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom

NIP : 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR
MANUS IV DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”**

Disusun oleh

EKO SUDARMANTO

P07120117046

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal :.....

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns, Maryana, S, Psi., M. Kep

NIP : 197504072002121002

Anggota,

Ns. Ida Mardalena, S. Kep., M. Si

NIP : 197107181994032003

Anggota,

Ns. Agus Sarwo P, S. Kep., M. H. Kes

NIP : 197007282002121002

()

()

()

Yogyakarta,

Ketua Jurusan,

Bondan Palestin, SKM, M. Kep, Sp, Kom

NIP : 197207161994031005

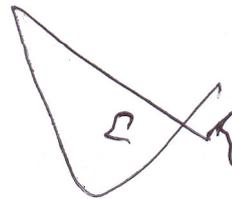
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk oleh penulis dinyatakan dengan benar.

Nama : **EKO SUDARMANTO**

NIM : **P07120117046**

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'E' followed by a smaller, less distinct signature.

Tanggal :

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : EKO SUDARMANTO

NIM : P07120117046

Program Studi : DIII Keperawatan

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Noneksklusif (*Non- exclusive Royalty – Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

“ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN OPEN FRAKTUR MANUS IV DISTAL DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(*data base*), merawat , dan mempublikasikan tugas akhir selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada tanggal :

Yang menyatakan



(EKO SUDARMANTO)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Open Fraktur Manus IV Distal Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II Dr. Soedjono Magelang”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan penulisan pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, Sk.M, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntut ilmu di lembaga ini,
2. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan yang telah memberikan izin penelitian ini,
3. Abdul Majid, S.Kep, Ns, M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Ida Mardelana, S.Kep., M.Si, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,

5. Ns. Agus Sarwo P, S.Kep., M. H. Kep, selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
6. Kepala Bangsal, yang telah memberikan izin sebagai tempat penelitian,
7. Saudara dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual maupun material dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah,
8. Sahabat-sahabat di luar Jurusan Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan selalu memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Yogyakarta, 20 Juli 2017
Penulis,

Eko Sudarmanto

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERTANYAAN ORISINALITAS	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
INTI SARI	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Ruang Lingkup	5
E. Manfaat Penelitian	6
F. Metode Pengumpulan Data	7
G. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Penyakit	11
B. Asuhan Keperawatan	28
C. Dokumentasi Keperawatan	44
BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN	45
A. Kasus	45
B. Pembahasan	92
C. Keterbatasan Kasus	112
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	113
DAFTAR PUSTAKA	xvi
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Anatomi Pergelangan Tangan	13
Gambar 1 Pathway Fraktur	20
Gambar 1 Genogram	47

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Intervensi dan implementasi	36
Tabel 2. Pola Aktivitas	50
Tabel 3. Skala Ketergantungan	51
Tabel 4. Pengkajian resiko jatuh	52
Tabel 5. Pengkajian Resiko Luka Dekubitus	53
Tabel 6. Hasil pemeriksaan laboratorium	60
Tabel 7. Hasil pemeriksaan radiologi	60
Tabel 8. Terapi pengobatan	60
Tabel 9. Analisa Data Pre Operasi	62
Tabel 10. Analisa Data Post Operasi	62
Tabel 11. Perencanaan Keperawatan	67

LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. SAP
Lampiran 2. Leaflet

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE OF OPEN FRACTURE OF DISTAL IV IN
MANUS CEMPAKA HOSPITAL TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG

ABSTRACT

Scientific Writing is entitled: Nursing care Tn.S with Open Fraktur Manus IV Distal in Space Cempaka Hospital Tk. II dr. Soedjono Magelang.

Background: A case of fracture occurred in a world of approximately 13 million people in 2008, with a prevalence rate of 2.7%. While in 2009 there were approximately 18 million people with a prevalence rate of 4.2%. The year 2010 increased to 21 million people with a prevalence rate of 3.5%. The occurrence of such fractures includes accident incidents, sports injuries, fire disasters, natural disasters and so forth. The number of incidents that exist Hospital dr. Soedjono Magelang there are 3 cases in the last month of 2018.

Purpose: Writing Scientific Writing, the authors get real experience in providing nursing care with Open Fraktur Manus IV Distal with nursing process approach which includes assessment, formulation of diagnosis, nursing planning, imlementasi, evaluation and documentation.

Method: Writing This Scientific Writing, the author uses descriptive method, describes the provision of nursing care in the form of nursing care reporting report with nursing process approach that passes the assessment stage, formulation of diagnosis, nursing planning, imlementasi, evaluation and documentation.

Results: In the preparation given at Tn.S for 3 x 24 hours, there were 2 preoperative diagnoses of acute pain (preoperative), lack of knowledge, and 3 post operative diagnoses were acute pain, ineffective tissue perfusion and risk. Of the four diagnoses are solved only the diagnoses of insufficient knowledge that acute pain occurs before and after surgery. For documentation, use SOAP development notes.

Conclusion: Tn.S nursing care with Open Fracture Manus IV Distal in Space Cempaka Hospital Tk. II dr. Soedjono Magelang can be done with the concept of nursing care.

Keywords: Nursing Care, Open Fracture Manus IV Distal

INTISARI

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

Latar Belakang : Kasus fraktur terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2008, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Sementara pada tahun 2009 terdapat kuranglebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4,2%. Tahun 2010 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,5%. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan,, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya. Angka kejadian yang adaRumah Sakit dr. Soedjono Magelang terdapat 3 kasus dalam satu bulan terakhir tahun 2018.

Tujuan :Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Open Fraktur Manus IV Distal dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Metode : Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, menggambarkan pemberian asuhan keperawatan dalam bentuk laporan pelaksana asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang melewati tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, imlementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Hasil : Dalam penyusunan yang diberikan pada Tn.S selama 3 x 24 jam didapatkan 2 diagnosa pre operasi yaitu nyeri akut (pre operasi), kurang pengetahuan serta didapatkan 3 diagnosa post operasi yaitu nyeri akut, ketidakefektifan perfusi jaringan dan resiko. Dari ke empat diagnosa tersebut yang teratasi hanya diagnosa kurang pengetahuan saja yang nyeri akut terjadi sebelum dan sesudah operasi. Untuk pendokumentasian, menggunakan catatan perkembangan SOAP.

Kesimpulan : Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang dapat dilakukan dengan konsep asuhan keperawatan .

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Open Fraktur Manus IV Distal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), kasus fraktur terjadi di dunia kurang lebih 13 juta orang pada tahun 2008, dengan angka prevalensi sebesar 2,7%. Sementara pada tahun 2009 terdapat kurang lebih 18 juta orang dengan angka prevalensi sebesar 4,2%. Tahun 2010 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,5%. Terjadinya fraktur tersebut termasuk didalamnya insiden kecelakaan,, cedera olahraga, bencana kebakaran, bencana alam dan lain sebagainya (Mardiono, 2010).

Survey kesehatan Nasional mencatat bahwa kasus fraktur pada tahun 2008 menunjukkan bahwa prevalensi fraktur secara nasional sekitar 27,7%. Prevalensi ini khususnya pada laki-laki mengalami kenaikan dibanding tahun 2009 dari 51,2% menjadi 54,5%. Sedangkan pada perempuan sedikit menurun yaitu sebanyak 2% di tahun 2009, pada tahun 2010 menjadi 1,2% (Depkes RI, 2010)

Salah satu ketakutan terbesar pasien fraktur adalah nyeri, untuk itu perawat perlu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang terapi non farmakologi yang bisa membantu pasien dalam menghilangkan atau mengurangi nyeri antaranya terapi musik. Musik bisa menyentuh individu baik secara fisik, psikososial, dan spiritual (Campbell, 2006).

Perawat sebagai salah satu anggota tim kesehatan mempunyai peran dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah penderita. Dalam upaya preventif, perawat memberi pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pencegahan agar pasien tidak terkena penyakit dengan membiasakan pola hidup sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif yaitu memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon pasien terhadap penyakit yang diderita, seperti : memberikan pasien istirahat fisik dan psikologis, mengelola pemberian terapi oksigen. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang sudah terkena penyakit agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan (Sutrisno, 2013).

Angka kejadian yang ada Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang terdapat 3 kasus dalam satu bulan terakhir tahun 2018. Berdasarkan data yang ada di Ruang Bugenvil Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang, ada pasien yaitu yang menderita open fraktur manus IV distal. Pasien mengeluh nyeri bahu kanan akibat jatuh dan terpeleset, nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, skala 6, dan saat berubah posisi. Dari pengkajian Ny.R tekanan darah Ny.R 130/80 mmHg, Nadi 72 x/menit, Respirasi 20 x/menit dan suhu 36,6 C.

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?”.

1. Bagaimanakah pengkajian Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
2. Bagaimanakah diagnosa keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
3. Bagaimanakah intervensi yang akan diterapkan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
4. Bagaimanakah implementasi keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
5. Bagaimanakah evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?

6. Bagaimanakah pendokumentasian Tn. dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
7. Apakah faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

2. Tujuan khusus

Penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam:

- a. Melaksanakan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- b. Melaksanakan proses pendokumentasian Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.
- c. Menemukan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur

Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr.
Soedjono Magelang

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup mata ajar

Asuhan keperawatan Tn. dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini merupakan bagian dari Mata Ajar Keperawatan Medikal Bedah.

2. Lingkup waktu

Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini dilaksanakan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 02 - 04 Juli 2018.

3. Lingkup kasus

Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini penulis menggunakan atau menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengakjian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Kasus dalam karya tulis ilmiah ini digambarkan tentang penyakit tidak menular yaitu penyakit open fraktur digiti manus IV.

4. Lingkup tempat

Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini dilaksanakan di Ruang Cempaka Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang.

E. Manfaat penulisan

1. Bagi penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat membantu penulis maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan, wawasannya dan menambah pengalaman nyata dalam asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Open Fraktur Manus IV Distal.

2. Bagi Ruangan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi Ruang Cempaka Rumah Sakit dr. Soejono Magelang dan menjadi masukan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu program kesehatan yang ada khususnya tentang Open Fraktur Manus IV Distal.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bacaan sehingga dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan.

Penjelasan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan data primer dengan cara:

1) Wawancara (komunikasi).

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, pola aktivitas, pola makan, diet Open Fraktur Manus IV Distal yang dilakukan, asuhan keperawatan yang sudah terlaksana dan yang belum terlaksana, sampai evaluasi.

2) Observasi.

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita Open Fraktur Manus IV Distal untuk memperoleh data berupa data objektif seperti klien tampak meringis menahan nyeri.

3) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengumpulkan data penderita Open Fraktur Manus IV Distal dengan melakukan tehnik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien Open Fraktur Manus IV Distal meliputi:

- a) Keadaan umum: kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital: kenaikan tekanan darah, suhu dingin
- b) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan
- c) Pemeriksaan leher: kaku kuduk
- d) Pemeriksaan dada: nafas pendek, perubahan irama jantung, takipnea
- e) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan.

b. Pengumpulan data sekunder

1) Studi dokumentasi.

Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam rekam medis di Ruang Cempaka Rumah Sakit Soedjono Magelang.

G. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu terdiri dari 5 BAB yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

Pada BAB ini diuraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada BAB ini diuraikan tentang tinjauan teori yang terdiri dari asuhan keperawatan meliputi: pengertian, pengkajian,diagnosa keperawatan,perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan untuk konsep penyakit meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, pathway, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi, dan konsep asuhan keperawatan teoritis.

BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini berisi laporan kasus Asuhan keperawatan Tn.S dengan Open Fraktur Manus IV Distal di Ruang Cempaka Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Pada BAB ini disampaikan mengenai kesimpulan dan saran dari penulis terhadap masalah yang ditemukan yang berhubungan dengan pokok karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian Fraktur

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis, baik yang bersifat total maupun yang parsial. (Rasjad, 2012)

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur dapat disebabkan pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan punter mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem (Brunner dan Suddarth, 2008).

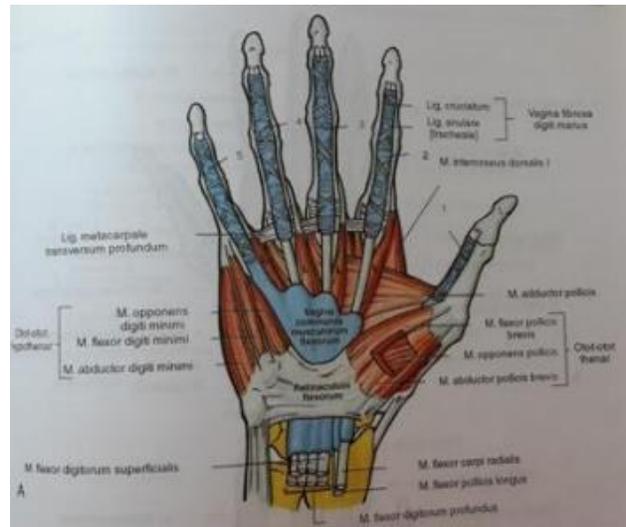
Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, yang biasanya disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, ruptur tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ-organ tubuh dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadinya fraktur jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang besar dari yang dapat diabsorbsinya (Smeltzer & Bare, 2009).

2. Anatomi Fisiologi

1. Anatomi

Menurut (Moore, 2010), Fascia telapak tangan adalah sinambung dengan fascia punggung tangan ke arah proksimal sinambung dengan fascia lengan bawah. Pada tonjolan – tonjolan thenar dan hypothenar fascia palmaris ini bersifat tipis, tetapi bagian tengahnya bersifat tebal dengan dibentuknya aponeurosis

palmaris yang berwujud sebagai lempeng jaringan ikat berserat, dan pada jari – jari tangan dengan membentuk vagina fibrosa digitimanus. Aponeurosis palmaris, bagian fascia tangan dalam yang kuat dan berbatas jelas, menutupi jaringan lunak dan tendo otot – otot fleksor panjang. Bagian proksimal aponeurosis palmaris bersinambungan dengan retinaculum flexorum dan tendo musculus palmaris longus. Bagian distal aponeurosis palmaris membentuk empat pita digital yang memanjang dan melekat pada basis phalangis proximalis dan membaaur dengan vagina fibrosa digiti manus. 10 Sebuah sekat jaringan ikat medial yang menyusup ke dalam tepi medial aponeurosis palmaris untuk mencapai os metacarpal V medial terhadap sekat ini terdapat kompartemen hypothenar yang berisi otot-otot hypothenar. Sesuai dengan ini, sebuah sekat jaringan ikat lateral meluas ke dalam dari tepi lateral aponeurosis palmaris untuk melekat pada os metacarpal I. Sebelah lateral sekat tersebut terdapat kompartemen thenar yang berisi oto-otot thenar. Antara kompartemen hypothenar dan kompartemen thenar terdapat kompartemen tengah yang berisi otot-otot fleksor serta sarung uratnya, muscoli lumbricales, pembuluh darah dan saraf digital. Bidang otot terdalam pada telapak tangan dibentuk oleh kompartemen aduktor yang berisi musculus adductor pollicis.



Gambar 1. Anatomi Pergelangan Tangan (Moore, 2010)

2. Fisiologi

Menurut (Moore, 2010), Tulang adalah adalah suatu jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel : osteoblast, osteosit, dan osteoklas. Osteoblast membangun tulang dengan membentuk kolagen tipe I dan proteoglikan sebagai matriks tulang atau jaringan osteoid melalui suatu proses yang disebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteoid, osteoblast mensekresikan sejumlah besar fosfatase alkali, yang memegang peranan penting dalam mengendapkan kalsium dan fosfat ke dalam matriks tulang. Sebagian dari fosfatase alkali akan memasuki aliran darah, dengan demikian maka kadar fosfatase alkali di dalam darah dapat menjadi indikator yang baik tentang tingkat pembentukan tulang setelah mengalami patah tulang atau pada kasus metastasis kanker ke tulang.

Osteoblas merupakan salah satu jenis sel hasil diferensiasi mesenkim yang sangat penting dalam proses osteogenesis atau osifikasi. Sebagai sel,

osteoblas dapat memproduksi substansi organik intraseluler matriks, dimana klasifikasi terjadi di kemudian hari. Jaringan yang tidak mengandung kalsium disebut osteoid dan apabila klasifikasi terjadi pada matriks maka jaringan disebut tulang. Sesaat setelah osteoblas dikelilingi oleh substansi organik intraseluler, disebut osteosit dimana keadaan ini terjadi dalam lakuna.

Sel yang bersifat multinukleus, tidak ditutupi oleh permukaan tulang dengan sifat dan fungsi resorpsi serta mengeluarkan tulang yang disebut osteoklas. Kalsium hanya dapat dikeluarkan oleh tulang melalui proses aktivitas osteoklasin yang menghilangkan matriks organik dan kalsium secara bersamaan dan disebut deosifikasi.

Struktur tulang berubah sangat lambat terutama setelah periode pertumbuhan tulang berakhir. Setelah fase ini tulang lebih banyak terjadi dalam bentuk perubahan mikroskopik akibat aktifitas fisiologi tulang sebagai suatu organ biokimia utama tulang.

Komposisi tulang terdiri atas:

Substansi organik : 35%

Substansi Inorganik : 45%

Air : 20%

Substansi organik terdiri atas sel-sel tulang serta substansi organik intraseluler atau matriks kolagen dan merupakan bagian terbesar dari matriks (90%), sedangkan adalah asam hialuronat dan kondroitin asam sulfur. Substansi inorganik terutama terdiri atas kalsium dan fosfor dan sisanya oleh magnesium, sodium, hidroksil, karbonat dan fluoride. Enzim tulang adalah alkali fosfatase

yang diproduksi oleh osteoblas yang kemungkinan besar mempunyai peranan yang paling penting dalam produksi organik matriks sebelum terjadi kalsifikasi.

Pada keadaan normal tulang mengalami pembentukan dan absorpsi pada suatu tingkat yang konstan, kecuali pada masa pertumbuhan kanak-kanak ketika terjadi lebih banyak pembentukan daripada absorpsi tulang. Pergantian yang berlangsung terus-menerus ini penting untuk fungsi normal tulang dan membuat tulang dapat berespon terhadap tekanan yang meningkat dan untuk mencegah terjadi patah tulang. Betuk tulang dapat disesuaikan dalam menanggung kekuatan mekanis yang semakin meningkat. Perubahan tersebut juga membantu mempertahankan kekuatan tulang pada proses penuaan. Matriks organik yang sudah tua berdegenerasi, sehingga membuat tulang secara relative menjadi lemah dan rapuh. Pembentukan tulang yang baru memerlukan matriks organik baru, sehingga memberi tambahan kekuatan pada tulang.

Menurut Long, B.C, fungsi tulang secara umum yaitu :

- a. Menahan jaringan tubuh dan memberi bentuk kepada kerangka tubuh.
- b. Melindungi organ-organ tubuh (contoh:tengkorak melindungi otak).
- c. Untuk pergerakan (otot melekat kepada tulang untuk berkontraksi dan bergerak).
- d. Merupakan gudang untuk menyimpan mineral (contoh kalsium dan posfor).
- e. Hematopoiesis (tempat pembuatan sel darah merah dalam sum-sum tulang).

Pertumbuhan dan metabolisme tulang dipengaruhi oleh mineral dan hormone:

- a. Kalsium dan posfor tulang mengandung 99 % kalsium tubuh dan 90 % posfor. Konsentrasi kalsium dan posfor dipelihara hubungan terbalik, kalsitonin dan hormon paratiroid bekerja untuk memelihara keseimbangan.
- b. Kalsitonin diproduksi oleh kelenjar tiroid dimana juga tirokalsitonin yang memiliki efek untuk mengurangi aktivitas osteoklast, untuk melihat peningkatan aktivitas osteoblast dan yang terlama adalah mencegah pembentukan osteoklast yang baru.
- c. Vitamin D mempengaruhi deposisi dan absorpsi tulang. Dalam jumlah besar vitamin D dapat menyebabkan absorpsi tulang seperti yang terlihat dalam kadar hormon paratiroid yang tinggi. Bila tidak ada vitamin D, hormon paratiroid tidak akan menyebabkan absorpsi tulang sedang vitamin D dalam jumlah yang sedikit membantu klasifikasi tulang dengan meningkatkan absorpsi kalsium dan posfat oleh usus halus.
- d. Paratiroid Hormon, mempunyai efek langsung pada mineral tulang yang menyebabkan kalsium dan posfat diabsorpsi dan bergerak melalui serum. Peningkatan kadar paratiroid hormon secara perlahan-lahan menyebabkan peningkatan jumlah dan aktivitas osteoklast sehingga terjadi demineralisasi. Peningkatan kadar kalsium serum pada hiperparatiroidisme dapat menimbulkan pembentukan batu ginjal.

- e. Growth Hormon (hormon pertumbuhan), disekresi oleh lobus anterior kelenjar pituitary yang bertanggung jawab dalam peningkatan panjang tulang dan penentuan jumlah matriks tulang yang dibentuk pada masa sebelum pubertas.
- f. Glukokortikoid, adrenal glukokortikoid mengatur metabolisme protein. Hormon ini dapat meningkatkan atau menurunkan katabolisme untuk mengurangi atau meningkatkan matriks organ tulang dan membantu dalam regulasi absorpsi kalsium dan posfor dari usus kecil.
- g. Estrogen menstimulasi aktifitas osteoblast. Penurunan estrogen setelah menopause mengurangi aktifitas osteoblast yang menyebabkan penurunan matriks organ tulang. Klasifikasi tulang berpengaruh pada osteoporosis yang terjadi pada wanita sebelum usia 65 tahun namun matriks organiklah yang merupakan penyebab dari osteoporosis.

3. Etiologi Fraktur

Menurut (Brunner dan Suddarth, 2008), yaitu :

- a. Cedera traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang pata secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan.

3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan seperti: Tumor tulang (jinak atau ganas), Infeksi seperti osteomyelitis, dan Rakhitis.

c. Secara spontan : disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

4. Manifestasi Klinik Fraktur

Manifestasi klinis fraktur menurut (Smeltzer, Bare, 2009) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna yang dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1. Nyeri

Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

2. Deformitas

Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sampai 5 cm (1 sampai 2 inci).

3. Krepitasi

Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitasi yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. Uji krepitasi dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.

4. Pembengkakan dan perubahan warna

Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasa terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

5. Fals Moment

Merupakan pergerakan/ bentuk yang salah dari tulang (bengkok)

5. Patofisiologi Fraktur

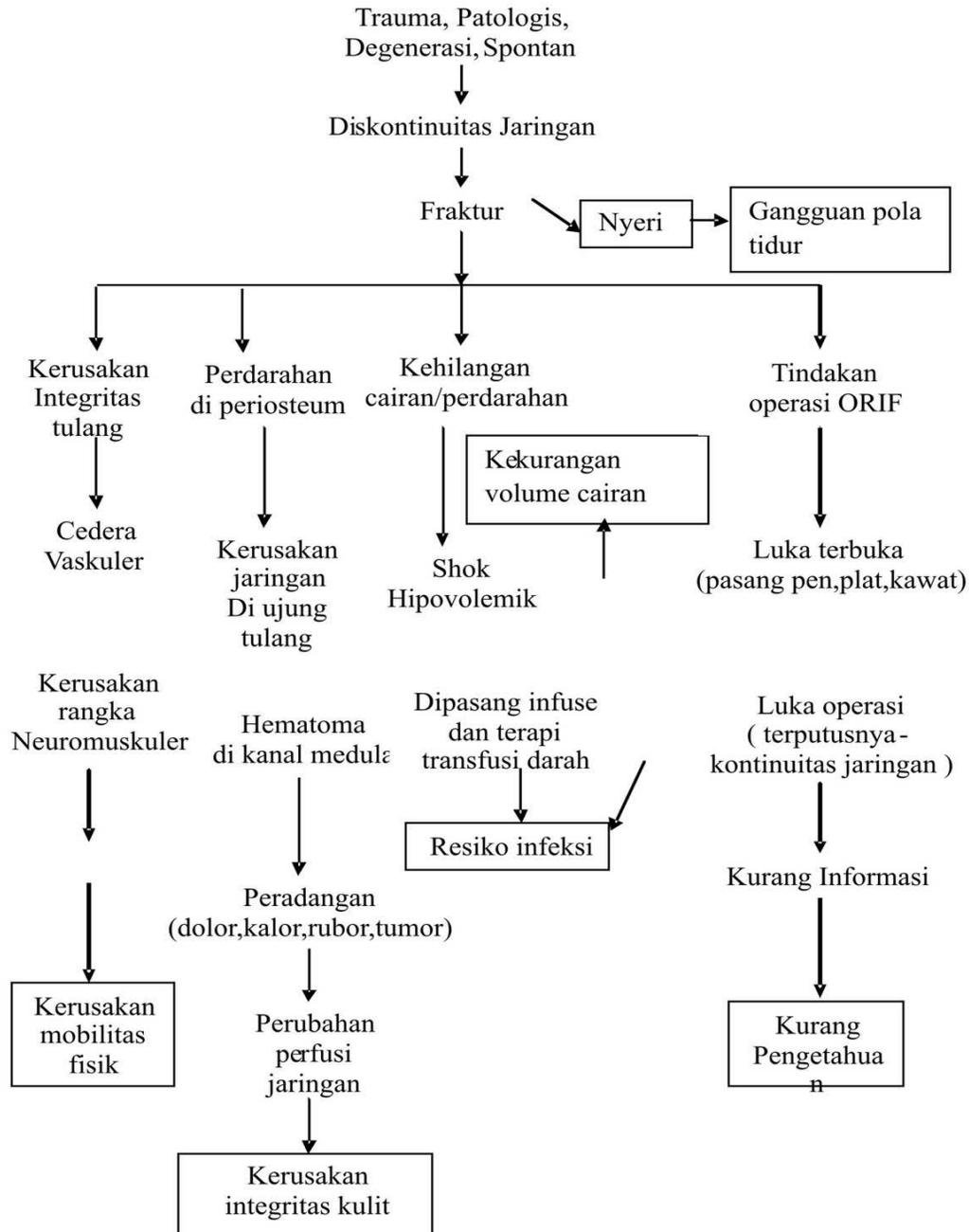
Menurut (Elizabeth, 2009), Ketika tulang patah, sel tulang mati. Perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak di sekitar tulang tersebut. jaringan lunak biasanya mengalami kerusakan akibat cedera. Reaksi inflamasi yang intens terjadi setelah patah tulang. Sel darah putih dan sel mast terakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke area tersebut. fagositosis dan pembersihan sel dan jaringan mati dimulai.

Bekuan fibrin (hematoma fraktur) terbentuk di tempat patah dan berfungsi sebagai jala untuk melekatnya sel-sel baru. Aktivitas osteoblas akan segera terstimulasi dan terbentuk tulang baru imatur, disebut kalus. Bekuan fibrin segera direabsorpsi dan sel tulang baru secara perlahan mengalami remodeling untuk

membentuk tulang sejati. Tulang sejati menggantikan kalus dan secara perlahan mengalami kalsifikasi. Penyembuhan memerlukan waktu beberapa minggu sampai beberapa bulan (fraktur pada anak sembuh lebih cepat). Penyembuhan dapat terganggu atau terhambat apabila hematoma fraktur atau kalus rusak sebelum tulang sejati terbentuk, atau apabila sel tulang baru rusak selama kalsifikasi dan pengerasan.

6. Pathway Fraktur

Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015). Gambar 2



7. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) dibagi menjadi beberapa yaitu :

a. Berdasarkan komplet atau ketidakkomplitan fraktur :

- 1) Fraktur komplet : patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran.
- 2) Fraktur inkomplet : patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.

b. Berdasarkan sifat fraktur :

Fraktur simple/tertutup : tidak menyebabkan robeknya kulit.

Fraktur kompleks/terbuka : merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membrane mukosa sampai ke patahan tulang.

Fraktur terbuka digradasi menjadi :

- a) Grade I dengan luka bersih, panjangnya ≤ 1 cm.
- b) Grade II luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak.
- c) Grade III yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan yang paling berat.

c. Berdasarkan bentuk garis patah :

- 1) Fraktur Greenstick : fraktur salah satu sisi tulang patah sedang sisi lainnya membengkok.
- 2) Fraktur Tranversal : fraktur sepanjang garis tengah tulang.
- 3) Fraktur Oblik : fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang.
- 4) Fraktur Spiral : fraktur memuntir seputar batang tulang.

8. Komplikasi Fraktur

Menurut (Elizabeth J. Corwin, 2009)

1) Komplikasi Awal

a. Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

b. Kompartement Syndrom

Komplikasi ini terjadi saat peningkatan tekanan jaringan dalam ruang tertutup di otot, yang sering berhubungan dengan akumulasi cairan sehingga menyebabkan hambatan aliran darah yang berat dan berikutnya menyebabkan kerusakan pada otot. Gejala – gejalanya mencakup rasa sakit karena ketidakseimbangan pada luka, rasa sakit yang berhubungan dengan tekanan yang berlebihan pada kompartemen, rasa sakit dengan perenggangan pasif pada otot yang terlibat, dan paresthesia. Komplikasi ini terjadi lebih sering pada fraktur tulang kering (tibia) dan tulang hasta (radius atau ulna).

c. Fat Embolism Syndrom

Merupakan keadaan pulmonari akut dan dapat menyebabkan kondisi fatal. Hal ini terjadi ketika gelembung – gelembung lemak terlepas dari sumsum tulang dan mengelilingi jaringan yang rusak. Gelombang lemak ini akan melewati sirkulasi dan dapat menyebabkan oklusi pada pembuluh –

pembuluh darah pulmonary yang menyebabkan sukar bernafas. Gejala dari sindrom emboli lemak mencakup dyspnea, perubahan dalam status mental (gaduh, gelisah, marah, bingung, stupor), tachycardia, demam, ruam kulit petechie.

d. Infeksi

System pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

e. Avaskuler Nekrosis

Avaskuler Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia. Nekrosis avaskular dapat terjadi saat suplai darah ke tulang kurang baik. Hal ini paling sering mengenai fraktur intrascapular femur (yaitu kepala dan leher), saat kepala femur berputar atau keluar dari sendi dan menghalangi suplai darah. Karena nekrosis avaskular mencakup proses yang terjadi dalam periode waktu yang lama, pasien mungkin tidak akan merasakan gejalanya sampai dia keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, edukasi pada pasien merupakan hal yang penting. Perawat harus menyuruh pasien supaya melaporkan nyeri yang bersifat intermiten atau nyeri yang menetap pada saat menahan beban.

f. Shock

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

g. Osteomyelitis

Adalah infeksi dari jaringan tulang yang mencakup sumsum dan korteks tulang dapat berupa exogenous (infeksi masuk dari luar tubuh) atau hematogenous (infeksi yang berasal dari dalam tubuh). Patogen dapat masuk melalui luka fraktur terbuka, luka tembus, atau selama operasi. Luka tembak, fraktur tulang panjang, fraktur terbuka yang terlihat tulangnya, luka amputasi karena trauma dan fraktur – fraktur dengan sindrom kompartemen atau luka vaskular memiliki risiko osteomyelitis yang lebih besar

2) Komplikasi Dalam Waktu Lama

a. Delayed Union (Penyatuan tertunda)

Delayed Union merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

b. Non union (tak menyatu)

Penyatuan tulang tidak terjadi, cacat diisi oleh jaringan fibrosa. Kadang-kadang dapat terbentuk sendi palsu pada tempat ini. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan non union adalah tidak adanya imobilisasi, interposisi

jaringan lunak, pemisahan lebar dari fragmen contohnya patella dan fraktur yang bersifat patologis.

c. Malunion

Kelainan penyatuan tulang karena penyerasian yang buruk menimbulkan deformitas, angulasi atau pergeseran.

9. Penatalaksanaan Fraktur

Menurut(Rasjad, Chairuddin. 2012), Prinsip terapi fraktur yaitu :

1) Reduksi

Adalah pemulihan keselarasan anatomi bagi tulang fraktur. Reposisi memerlukan pemulihan panjang serta koreksi deformitas angular dan rotasional. Reposisi manipulatif biasanya dapat dilakukan pada fraktura ekstremitas distal (tangan, pergelangan tangan. kaki, tungkai), dimana spasme otot tidak berlebihan. Traksi bisa diberikan dengan plester felt melekat diatas kulit atau dengan memasang pin tranversa melalui tulang, distal terhadap ftaktur. Reduksi terbuka biasanya disertai oleh sejumlah bentuk fiksasi interna dengan plat & pin, batang atau sekrup.

Ada dua jenis reposisi, yaitu reposisi tertutup dan reposisi terbuka. Reposisi tertutup dilakukan pada fraktur dengan pemendekan, angulasi atau displaced. Biasanya dilakukan dengan anestesi lokal dan pemberian analgesik. Selanjutnya diimobilisasi dengan gips. Bila gagal maka lakukan reposisi terbuka dikamar operasi dengan anestesi umum.Kontra indikasi reposisi tertutup:

- Jika dilakukan reposisi namun tidak dapat dievaluasi
- Jika reposisi sangat tidak mungkin dilakukan
- Jika fraktur terjadi karena kekuatan traksi, misalnya displaced patellar fracture.

2) Imobilisasi.

Bila reposisi telah dicapai, maka diperlukan imobilisasi tempat fraktur sampai timbul penyembuhan yang mencukupi. Kebanyakan fraktur ekstremitas dapat diimobilisasi dengan dengan gips fiberglas atau dengan brace yang tersedia secara komersial. Pemasangan gips yang tidak tepat bisa menimbulkan tekanan kulit, vascular, atau saraf. Semua pasien fraktur diperiksa hari berikutnya untuk menilai neurology dan vascular.

Bila traksi digunakan untuk reduksi, maka traksi juga bertindak sebagai imobilisasi dengan ekstremitas disokong di atas ranjang atau di atas bidai sampai reduksi tercapai. Kemudian traksi diteruskan sampai ada penyembuhan yang mencukupi, sehingga pasien dapat dipindahkan memakai gips/brace.

3) Rehabilitasi

Bila penyatuan tulang padat terjadi, maka rehabilitasi terutama merupakan masalah pemulihan jaringan lunak. Kapsula sendi, otot dan ligamentum berkontraksi membatasi gerakan sendi sewaktu gips/bidai dilepaskan. Dianjurkan terapi fisik untuk pergerakan aktif dan pasif serta penguatan otot.

10. Pemeriksaan Penunjang

Menurut(Rasjad, Chairuddin. 2012), pemeriksaan penunjang fraktur berupa:

- 1) Pemeriksaan radiologis (rontgen), pada daerah yang dicurigai fraktur, harus mengikuti aturan *role of two*, yang terdiri dari :
 - Mencakup dua gambaran yaitu anteroposterior (AP) dan lateral.
 - Memuat dua sendi antara fraktur yaitu bagian proximal dan distal.
 - Memuat dua extremitas (terutama pada anak-anak) baik yang cedera maupun yang tidak terkena cedera (untuk membandingkan dengan yang normal)
 - Dilakukan dua kali, yaitu sebelum tindakan dan sesudah tindakan.
- 2) Pemeriksaan laboratorium, meliputi:
 - Darah rutin,
 - Faktor pembekuan darah,
 - Golongan darah (terutama jika akan dilakukan tindakan operasi),
 - Urinalisa,
 - Kreatinin (trauma otot dapat meningkatkan beban kreatinin untuk kliren ginjal).
- 3) Pemeriksaan arteriografi dilakukan jika dicurigai telah terjadi kerusakan vaskuler akibat fraktur tersebut.

B. Kosep Asuhan Keperawatan

Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

a. Data Subjektif

1) Anamnesa

a) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b) Keluhan Utama

Biasanya klien dengan fraktur akan mengalami nyeri saat beraktivitas / mobilisasi pada daerah fraktur tersebut

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien 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.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien fraktur pernah mengalami kejadian patah tulang atau tidak sebelumnya dan ada / tidaknya klien mengalami pembedahan perbaikan dan pernah menderita osteoporosis sebelumnya

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Pada keluarga klien ada / tidak yang menderita osteoporosis, arthritis dan tuberkolosis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular

2) Pola-pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

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

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

c) Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak.

d) Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

e) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain.

f) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

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

h) Pola Sensori dan Kognitif

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

i) Pola Reproduksi Seksual

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

j) Pola Penanggulangan Stress

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

k) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

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

b. Data obyektif

- 1) keadaan Umum: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.

2) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

3) pemeriksaan fisik :

a) Sistem Integumen

Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat, bengkak, oedema, nyeri tekan.

b) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

c) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

d) Muka

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

e) Mata

Terdapat gangguan seperti konjungtiva anemis (jika terjadi perdarahan)

f) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

g) Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung.

h) Mulut dan Faring

Tak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

i) Thoraks

Tak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

j) Paru

I. Inspeksi

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

II. Palpasi

Pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.

III. Perkusi

Suara ketok sonor, tak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

IV. Auskultasi

Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

k) Jantung

I. Inspeksi

Tidak tampak iktus jantung.

II. Palpasi

Nadi meningkat, iktus tidak teraba.

III. Auskultasi

Suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

l) Abdomen

I. Inspeksi

Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia.

II. Palpasi

Tugor baik, tidak ada defans muskuler, hepar tidak teraba.

III. Perkusi

Suara tympani, ada pantulan gelombang cairan.

IV. Auskultasi

Peristaltik usus normal \pm 20 kali/menit.

m) Inguinal-Genetalia-Anus

Tak ada hernia, tak ada pembesaran lymphes, tak ada kesulitan BAB.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post op fraktur meliputi :

- a) Nyeri berhubungan dengan terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cedera pada jaringan, alat traksi/immobilisasi, stress, ansietas
- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispnea, kelemahan/kelelahan, ketidak adekuatan oksigenasi, ansietas, dan gangguan pola tidur.

- c) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka / ulserasi, kelemahan, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrotik.
- d) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri/ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal, terapi pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan/tahanan.
- e) Risiko infeksi berhubungan dengan stasis cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan.
- f) Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpacu/mengingat, salah interpretasi informasi.

3. Intervensi Dan Implementasi

Intervensi adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa Intervensi dan implementasi keperawatan yang muncul pada pasien meliputi : (Tabel 1)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik	<p>Tujuan : nyeri dapat berkurang atau hilang.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri berkurang atau hilang • Klien tampak tenang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga 2. Kaji tingkat intensitas dan frekwensi nyeri 3. Jelaskan pada klien penyebab dari nyeri 4. Observasi tanda-tanda vital. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan yang baik membuat klien dan keluarga kooperatif 2. Tingkat intensitas nyeri dan frekwensi menunjukkan skala nyeri 3. Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuanklien tentang nyeri. 4. Untuk mengetahui perkembangan klien

		5. Melakukankolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik	5. Merupakan tindakan dependent perawat, dimana analgesik berfungsi untuk memblok stimulasi nyeri.
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan Pasien memiliki cukup energi untuk beraktivitas. Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • perilaku menampakan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan diri. 	1. Rencanakan periode istirahat yang cukup. 2. Berikan latihan aktivitas secara bertahap. 3. Bantu pasien dalam	1. Mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan, dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya secara optimal. 2. Tahapan-tahapan yang diberikan membantu proses aktivitas secara perlahan dengan menghemat tenaga namun tujuan yang tepat, mobilisasi dini. 3. Mengurangi pemakaian energi

	<ul style="list-style-type: none"> • pasien mengungkapkan mampu untuk melakukan beberapa aktivitas tanpa dibantu. • Koordinasi otot, tulang dan anggota gerak lainnya baik. 	<p>memenuhi kebutuhan sesuai kebutuhan..</p> <p>4. Setelah latihan dan aktivitas kaji respons pasien..</p>	<p>sampai kekuatan pasien pulih kembali</p> <p>4. Menjaga kemungkinan adanya respons abnormal dari tubuh sebagai akibat dari latihan</p>
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan trauma</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan Mencapai penyembuhan luka pada waktu yang sesuai.</p> <p>Kriteria Hasil :</p>	<p>1. Kaji kulit dan identifikasi pada tahap perkembangan luka.</p> <p>2. Kaji lokasi, ukuran, warna,</p>	<p>1. Mengetahui sejauh mana perkembangan luka mempermudah dalam melakukan tindakan yang tepat.</p> <p>2. Mengidentifikasi tingkat</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada tanda • tanda infeksi seperti pus. • luka bersih tidak lembab dan tidak kotor. • Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi. 	<p>bau, serta jumlah dan tipe cairan luka.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pantau peningkatan suhu tubuh. 4. Berikan perawatan luka dengan tehnik aseptik. Balut luka dengan kasa kering dan steril, gunakan plester kertas. 5. Jika pemulihan tidak terjadi kolaborasi tindakan lanjutan, misalnya debridement. 	<p>keparahan luka akan mempermudah intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Suhu tubuh yang meningkat dapat diidentifikasi sebagai adanya proses peradangan. 4. Tehnik aseptik membantu mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi. 5. Agar benda asing atau jaringan yang terinfeksi tidak menyebar luas pada area kulit normal lainnya.
--	--	---	---

		<p>6. Setelah debridement, ganti balutan sesuai kebutuhan.</p> <p>7. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.</p>	<p>6. Balutan dapat diganti satu atau dua kali sehari tergantung kondisi parah/ tidak nya luka, agar tidak terjadi infeksi.</p> <p>7. Antibiotik berguna untuk mematikan mikroorganisme pathogen pada daerah yang berisiko terjadi infeksi.</p>
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan : pasien akan menunjukkan tingkat mobilitas optimal. Kriteria hasil :</p>	<p>1. Kaji kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan kebutuhan akan peralatan.</p> <p>2. Tentukan tingkat motivasi pasien dalam melakukan aktivitas.</p>	<p>1. mengidentifikasi masalah, memudahkan intervensi.</p> <p>2. mempengaruhi penilaian terhadap kemampuan aktivitas apakah karena ketidakmampuan ataukah ketidakmauan.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • penampilan yang seimbang. • melakukan pergerakan dan perpindahan. • mempertahankan mobilitas optimal yang dapat di toleransi. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan dan pantau pasien dalam hal penggunaan alat bantu. 4. Ajarkan dan dukung pasien dalam latihan ROM aktif dan pasif. 5. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik atau okupasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. menilai batasan kemampuan aktivitas optimal. 4. mempertahankan /meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot. 5. sebagai suatu sumber untuk mengembangkan perencanaan danmempertahankan/meningkatk an mobilitas pasien.
Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh primer, procedure invasif	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan :</p> <p>infeksi tidak terjadi / terkontrol.</p> <p>Kriteria hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda vital. 2. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik. 3. Lakukan perawatan terhadap prosedur insasif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat. 2. Mengendalikan penyebaran mikroorganismen patogen.

	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada tanda-tanda infeksi seperti pus. • luka bersih tidak lembab dan tidak kotor. • Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi. 	<p>seperti infus, kateter, drainase luka, dll.</p> <p>4. Jika ditemukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit.</p> <p>5. Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.</p>	<p>3. Untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial.</p> <p>4. Penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi.</p> <p>5. Antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen.</p>
<p>Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan : pasien mengutarakan pemahaman tentang kondisi, efek prosedur</p>	<p>1. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.</p> <p>2. Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya</p>	<p>1. Mengetahui seberapa jauh pengalaman dan pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.</p> <p>2. Dengan mengetahui penyakit dan</p>

	<p>dan proses pengobatan.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • melakukan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan dari suatu tindakan. • memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam regimen perawatan. 	<p>dan kondisinya sekarang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanannya.. 4. Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang telah diberikan. 	<p>kondisinya sekarang, klien dan keluarganya akan merasa tenang dan mengurangi rasa cemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diet dan pola makan yang tepat membantu proses penyembuhan 4. Mengetahui seberapa jauh pemahaman klien dan keluarga serta menilai keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.
--	--	---	--

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

C. Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian yang digunakan dalam kasus ini adalah model dokumentasi POR (Problem Oriented Record) menggunakan SOAPIE (subyek, obyek, analisa, planning, implementasi, evaluasi). Dalam setiap diagnosa keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan kemudian penulis mendokumentasikan yaitu dalam memberikan tanda tangan waktu dan tanggal. Jika ada kesalahan dicoret diberi paraf oleh penulisan.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Kasus

Hari/Tanggal : Senin, 2 Juli 2018

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang

Oleh :Eko Sudarmanto

Sumber data : Pasien, keluarga pasien dan status rekam medis pasien

Metode : Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

1. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : Tn. S
- 2) Tempat tanggal lahir : Magelang, 4 Mei 1935
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : SD
- 6) Pekerjaan : Petani
- 7) Status Perkawinan : Nikah
- 8) Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
- 9) Alamat : Batik Pakis Magelang
- 10) Diagnosa Medis : Open fraktur manus 4 distal

- 11) No.RM : 170393
12) Tanggal Masuk RS : 29 Juni 2018

b. Penanggung Jawab/ Keluarga

- 1) Nama : Bp. A
2) Umur : 46 tahun
3) Pendidikan : SD
4) Alamat : Batik Pakis Magelang
5) Hubungan dengan pasien : Anak
6) Status perkawinan : Nikah

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengeluh nyeri pada luka terbuka di jari manis tangan kanan, kukunya lepas, jari manis tangan kanan mengalami patah, diakibatkan terlilit tali pengencang sapi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dengan skala 6, nyeri dirasakan saat menggerakkan jari manis tangan kanannya.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS : pasien memiliki luka pada jari manis tangan kanan, terdapat fraktur pada jari manis tangan kanan, pasien mengeluhkan nyeri pada tengkuk, pasien mengeluhkan pusing

b) Riwayat kesehatan pasien : pasien mengatakan jari manis tangan kanannya terlilit tali pengencang sapi, terdapat luka terbuka di jari

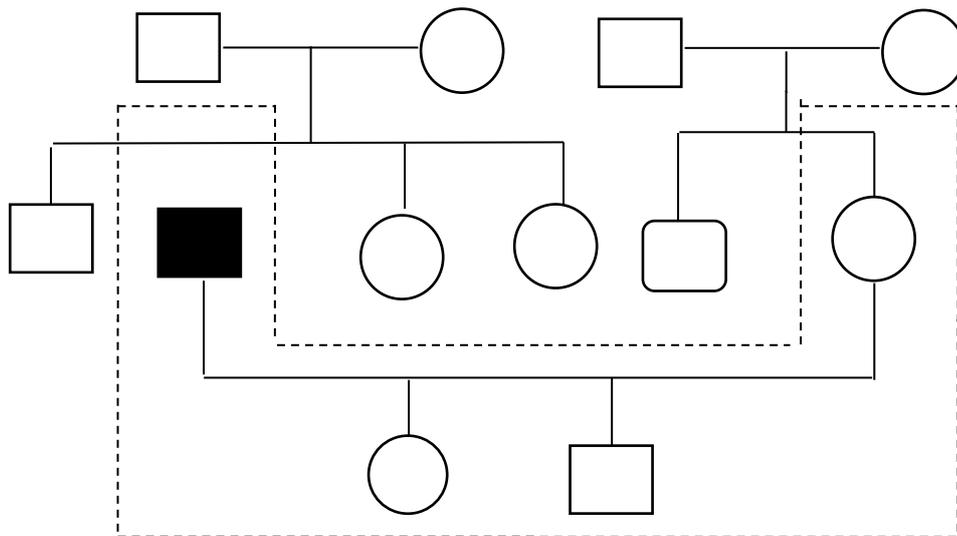
manis tangan kanannya, kukunya terlepas dan terdapat fraktur pada jari manis tangan kanannya. Pasien lalu di bawa ke IGD RS dr. Soejono dan kemudian menjalani rawat inap dibangsal Cempaka. Pada tanggal 2 Juli 2018 pukul 14.00 WIB pasien menjalani operasi.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Pasien mengatakantidak memiliki riwayat sakit sebelumnya
- b) Istri pasien menyatakan pasien belum pernah dirawat.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram (Gambar 3)



Keterangan :

Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

⊗ ⊗ : sudah meninggal

----- : tinggal dalam satu rumah

□ : garis keturunan

□ : garis perkawinan

■ : pasien

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari pihak keluarga pasien sebelumnya tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang kronis seperti DM dan hipertensi.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik-Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis. Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk. Kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari(1500-2000cc) berupa air putih.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis. Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk. Kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari(1500-2000cc) berupa air putih.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit

BAB teratur setiap hari pada pagi hari. Bentuk dan warna feses lunak berwarnakuning kecoklatan. BAK lancar kurang lebih sebanyak 5-6 kali.

b) Selama sakit

Selama dirumah sakit pasien BAB 2 hari sekali. Untuk BAK pasien lancar sehari 5-6 kali sehari. Urine berwarna kuning jernih.

3) Pola Aktivitas

a) Sebelum sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari-hari

Dalam melakukan kegiatan sehari-hari meliputi mandi, makan, BAB/ BAK dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu. Pasien bekerja sebagai petani yang menanam tanaman disawah dan pasien memelihara sapi.

(2) Keadaan pernafasan

Pasien tidak mengalami gangguan pernafasan saat sebelum dan sesudah beraktivitas sebagai petani dan memelihara sapi dirumah.

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit jantung.

b) Selama sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari-hari (Tabel 2)

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			√		
Mandi			√		
Toileting				√	
Berpakaian			√		
Mobilitas di tempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi/ROM	√				

Ket: 0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

(2) Keadaan pernafasan

Pasien bernafas menggunakan hidung, pernafasan teratur.

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak berdebar-debar setelah melakukan aktivitas

(4) Skala Ketergantungan

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)

Pasien Tn. S di ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang Tanggal 2 Juli
2018 (Tabel 3)

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai skor		
				Hari 1	Hari 2	Hari 3
1	Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB)	0	Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang – kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	2	2	2
2	Mengendalikan rangsangan berkemih	0	Tak terkendali / pakai kateter			
		1	Kadang – kadang tak terkendali (1 x 24 jam)			
		2	Mandiri	2	2	2
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0	0	
		1	Mandiri			1
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melapaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	1	1	1
		2	Mandiri			
5	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan	1	1	
		2	Mandiri			2
6	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk 51upr duduk (>2orang)			
		2	Bantuan (2 orang)			
		3	Mandiri	3	3	3
7	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu			
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri	3	3	3
8	Memakai baju	0	Tidak mampu			
		1	Sebagian dibantu (missal mengancingkan baju)			
		2	Mandiri	2	2	2
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			

		1	Butuh pertolongan			
		2	Mandiri	2	2	2
10	Mandi	0	Tergantung orang lain			
		1	Mandiri	1	1	1
Total Skor				17	19	19
Tingkat ketergantungan				Ketergantungan Ringan		
Para & Nama Perawat						

Keterangan

20 : Mandiri

12 – 19 : Ketergantungan ringan

9 – 11 : Ketergantungan sedang

5 – 8 : Ketergantungan berat

0 -4 : Ketergantungan total

(1) Pengkajian risiko jatuh

Tabel 4 Pengkajian risiko jatuh

Pasien Tn. S di ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang Tanggal 2 Juli 2018

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tanggal 2-7-18	Skoring 2 Tanggal 3-7-18	Skoring 3 Tanggal 4-7-18
1	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	25	25	25
2	Diagnose medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	0	0	0
3	Alat bantu jalan : Bed rest / dibantu perawat	0	0	0	0
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4	Menggunakan infuse	Tidak 0 Ya 25	25	25	25
5	Cara berjalan / berpindah : Normal/bed rest/imobilisasi	0	0	0	0
	Lemah	15			
	Terganggu	30			
6	Status Mental : Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			50	50	50
Tingkat risiko jatuh			Risiko rendah		
Paraf dan nama perawat					

Keterangan :

Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik

Risiko rendah bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar** (lanjutkan formulir pencegahan)

Risiko tinggi bila skor ≥ 51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi**(lanjutkandengan pencegahan jatuh pasien dewasa)

Tabel 5 Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Pasien Tn. S di Ruang Cempaka Rumah Sakit RST dr. Soedjono Tanggal 2 Juli 2018

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1
2/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas√	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
	Inkontensia	Kontinen√	Kadang- kadang intkontensia	Selalu inkontensia urin	Inkontensia urin & Alvi
Skor		16	3		
Total Skor		19 (Risiko rendah terjadi decubitus)			
Paraf & Nama Perawat				
3/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas√	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
	Inkontensia	Kontinen√	Kadang- kadang intkontensia	Selalu inkontensia urine	Inkontensia urin & Alvi
Skor		16	3		
Total Skor		19 (Risiko rendah terjadi decubitus)			
Paraf & Nama Perawat					
4/7/18	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar√	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan√ sendiri√	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur

	Mobilitas	Bebas bergerak√	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontinensia	Kontinen√	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	20			
	Total Skor	19 (Risiko rendah terjadi dekubitus)			
	Paraf & Nama Perawat				

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus

12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus

<12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

4) Kebutuhan Istirahat-tidur

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit kebutuhan istirahat-tidur pasien tercukupi, pasien biasanya dalam sehari tidur 6-8 jam.

b) Selama sakit

Selama sakit pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam pola tidurnya di rumah sakit. Selama di Rumah Sakit pasien lebih banyak waktunya untuk istirahat.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan apabila sakit pasien dan keluarga berobat di puskesmas terdekat. Pasien belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya

2) Pola hubungan

Pasien menikah satu kali, dan tinggal bersama istri

3) Koping atau toleransi stres

Pengambilan keputusan dalam menjalankan tindakan dilakukan oleh pihak keluarga, terutama pasien dan istri pasien.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

- a) Keadaan mental : Pasien dalam keadaan compos mentis (sadar penuh)
- b) Berbicara : Pasien dapat berbicara dengan lancar
- c) Bahasa yang dipakai : Bahasa Jawa dan Indonesia
- d) Kemampuan bicara : Tidak ada gangguan
- e) Pengetahuan pasien terhadap penyakit : Pasien mengatakan belum paham mengenai penyakit yang dideritanya.
- f) Persepsi tentang penyakit : Pasien menurut pada apa yang disarankan oleh keluarganya.

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan merasa terganggu aktivitasnya karena adanya luka terbuka di jari manis tangan kanannya, namun pasien masih bisa beraktivitas dengan tangan kirinya.

b) Harga diri

Pasien menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

c) Peran diri

Pasien mengakui perannya sebagai seorang kepala keluarga, pasien mengatakan bahwa ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarga.

d) Ideal diri

Pasien lebih menurut pada keluarganya

e) Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

6) Seksual

Pasien tidak memikirkan kebutuhan seksualnya

7) Nilai

Pasien memahami nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat, pasien memahami hal-hal yang baik dan yang benar

c. Aspek Lingkungan Fisik

Rumah pasien berada di pedesaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Composmentis

2) Status Gizi :

TB = 155cm

BB = 60 kg

IMT = 24,97 kg/m²

3) Tanda Vital

TD = 210/100 mmHg Nadi = 90 x/menit

Suhu = 36,4°C RR = 20 x/menit

(4) Skala Nyeri

Pasien mengatakan skala nyeri 6

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo-Caudal*)

1) Kulit

Kulit lembab berwarna sawo matang, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut merata. Turgor kulit keriput.

2) Kepala

a) Rambut : Rambut lurus, rambut hitam terdapat uban, dan berambut tebal. Rambut tertata rapi.

b) Mata : Konjungtiva tidak anemis, dilatasi pupil normal, reflek pupil baik, sklera baik

c) Hidung : Normal dan simetris tidak terdapat lesi.

d) Telinga : Kedua lubang telinga bersih tidak mengeluarkan cairan

e) Mulut : Mulut bersih, tidak ada gigi palsu, gigi rapat berwarna putih kekuningan, mukosa bibir lembab, tidak berbau mulut

3) Leher

Tidak ada benjolan (tidak terdapat pembesaran vena jugularis)

4) Tengkuluk

Pada tengkuluk tidak terdapat benjolan yang abnormal, terdapat kaku kuduk dan tengkuluk terasa berat.

5) Thorax

- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada pertumbuhan rambut, warna kulit merata
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris
- c) Perkusi : suara sono
- d) Auskultasi : suara trakheal, bronkhial, bronko vesikuler

6) Kardivaskuler

- a) Inspeksi : tidak ada lesi, warna kulit merata, persebaran rambut merata
- b) Palpasi : Teraba iktus kordis pada interkostalis ke 5, 2 cm dari midklavikularis kiri.
- c) Perkusi : Suara redup
- d) Auskultasi : Suara S1 dan S2

7) Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak terdapat luka, , kulit berwarna sawo matang.

8) Abdomen

- a) Inspeksi : Warna kulit sawo matang, warna kulit merata, tidak terdapat bekas luka.
- b) Auskultasi : Peristaltik usus 10 kali permenit, terdengar jelas

- c) Perkusi : Terdengar hasil ketukan “tympani” di semua kuadran abdomen
- d) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan,, tidak terdapat edema, tidak terdapat massa dan benjolan yang abnormal

9) Panggul

Bentuk panggul normal, warna kulit panggul merata kecoklatan, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut tipis merata

10) Anus dan rectum

Pada anus dan rectum normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pembengkakan. Warna merah tua.

11) Genetalia

a) Pada Laki-laki

Genetalia pasien normal, tidak ada luka.

12) Ekstremitas

- a) Atas : Tangan kanan dan kiri bisa digerakkan secara leluasa. Kekuatan otot 5. Tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm. Terdapat luka di jari manis tangan kanannya, kuku terlepas, jari manis tangan kanan tidak bisa digerakkan, terdapat fraktur terbuka di jari manis tangan kanan, tidak terdapat perdarahan pada fraktur terbuka di jari manis tangan kanan.
- b) Bawah : Kedua telapak kaki kanan dan kiri tidak terjadi kelemahan, anggota gerak lengkap, tidak terdapat

edema,kekuatan otot 5. Kuku pada jari kaki terlihat bersih

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 6 Hasil pemeriksaan laboratorium

Tn. S dari Ruang Cempaka RS dr. Soejono , Senin, 2 Juli 2018

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Satuan	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	12,5	mg/dL	75-140
2	Leukosit	4,1	K/ uL	3,6 – 11,0
3	Eritrosit	3,79	M/uL	3,9 – 5,5

b. Pemeriksaan radiologi

Tabel 7 Hasil pemeriksaan radiologi

Tn. S dari Ruang Cempaka RS dr. Soejono , 29 Juni 2018

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
29 Juni 2018	Rontgen manus	Fraktur manus 4 distal

c. Terapi pengobatan

Tabel 8 Terapi pengobatan

Tn. S dari Ruang Cempaka RS dr. Soejono , Senin, 2 Juli 2018

Hari/tanggal	Obat	Dosis dan satuan	Rute
Senin, 2 Juli 2018 s.d Rabu, 4 Juli 2018	Cairan infus RL	20 tpm	IV
	Cefoperazone	1gr/12 j	IV
	Dexketoprofen	25 mg/8j	IV
	Amlodipin	10 mg/ 24jam	Oral
	Irbesartan	300 mg/ 24 jam	Oral

6. Laporan Pembedahan

Tanggal : 2 Juli 2018

Jam : 15.00 WIB

Jenis tindakan : Pemasangan wayer di jari manis tangan kanan

Jenis anastesi : Lokal anastesi

2. ANALISA DATA

1. Analisa Data Pre Operasi

Tabel 9 Analisa Data Pre Operasi

NO	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1	DS : P : luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi Q : tertusuk-tusuk R : jari manis tangan kanan S : 6 T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya 	Nyeri akut	Agen injury fisik

2. Analisa Data Post Operasi

Tabel 10 Analisa Data Post Operasi

NO	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1.	DS : P : luka bekas operasi pemasangan wayer Q : tertusuk-tusuk R : jari manis tangan kanan S : 6 T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya DO : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya • Terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis tangan kanan pasien 	Nyeri akut	Agen injury fisik
2	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing, nyeri tengkuk • Pasien mengeluhkan kaku kuduk dan 	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	Hipertensi

	tengkuk terasa berat		
	DO :		
	<ul style="list-style-type: none"> • TD 210/100 mmHg • Nadi 90 kali per menit 		
3	DS : -		
	DO :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien • Terdapat luka terbuka di jari manis tangan kanan pasien • Kuku jari manis tangan kanan pasien terlepas 	Risiko infeksi	Procedure invasif
4	DS :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya <ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan terakhir SD • Usia 83 tahun • Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya 	Kurang pengetahuan tentang penyakit	Kurang paparan sumber informasi
	DO :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya 		

3. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diagnosa Keperawatan Pre Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, ditandai dengan :

DS :

- P : luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi
- Q : tertusuk-tusuk
- R : jari manis tangan kanan
- S : 6
- T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya

DO :

- Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya

2. Diagnosa Keperawatan Post Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

DS :

- P : luka bekas operasi pemasangan wayer
- Q : tertusuk-tusuk
- R : jari manis tangan kanan
- S : 6
- T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya

DO :

- Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya
- Terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis tangan kanan pasien

b. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan pusing, nyeri tengkuk
- Pasien mengeluhkan kaku kuduk dan tengkuk terasa berat

DO :

- TD 210/100 mmHg
- Nadi 90 kali per menit

c. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya
- Pendidikan terakhir SD
- Usia 83 tahun
- Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya

DO :

- Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya

d. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif, ditandai dengan :

DS : -

DO :

- Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien
- Terdapat luka terbuka di jari manis tangan kanan pasien
- Kuku jari manis tangan kanan pasien terlepas

4. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Tabel 11

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cidera fisik</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, nyeri berkurang dengan kriteria :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri berkurang b. Skala nyeri 2 c. Wajah pasien tampak relaks d. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>a. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital b. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri. c. Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. d. Kelola dexketoprofen 25 mg/8jam untuk mengurangi nyeri.</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <p>a. Memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya. b. Teknik non farmakologis membantu mengurangi nyeri tanpa obat seperti nafas dalam. c. Memberikan kenyamanan pada pasien. d. Dexketoprofen sebagai Analgetik membantu mengurangi nyeri secara farmakologi</p>
2.	<p>Ketidakefektifan jaringan berhubungan dengan hipertensi</p> <p>perfusi cerebral dengan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dengan diagnosa keperawatan</p>	<p>❖ <i>Peripheral sensation management</i></p> <p>• Observasi keluhan kaku leher pasien</p>	<p>Kaku leher adalah salah satu manifestasi hipertensi</p> <p>Tekanan darah dan nadi salah satu</p>

	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipertensi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>❖ <i>Tissue Perfusion</i> : <i>Cerebral</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah normal (120/80 mmHg). • Tidak ada kaku leher • Tidak ada pusing • Tidak ada tanda tanda peningkatan tekannan intra kranial 	<ul style="list-style-type: none"> • Ukur tekanan darah dan nadi pasien • Ajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti hipertensi 	<p>indikator untuk mengetahui hipertensi pasien</p> <p>Diet rendah garam sesuai untuk pasien dengan hipertensi</p> <p>Obat anti hipertensi berfungsi untuk menstabilkan tekanan darah pasien</p>
<p>3. <i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i> Risiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder Inadekuat</p>	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam infeksi tidak terjadi dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada tanda-tanda infeksi (dolor, kalor, rubor, tumor, fungtio laesa) b. Luka bersih, tidak 	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pantau tanda-tanda vital. b. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptic c. Lakukan perawatan terhadap prosedur invasif seperti infus, kateter, drainase luka d. Jika ditemukan tanda infeksi 	<p><i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat. b. Mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen. c. Untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial. d. Penurunan Hb dan

	lembab dan tidak kotor. c. Balutan infus bersih, tidak, lembab, dan tidak kotor d. Tanda-tanda vital dalam batas normal. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).	kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit e. Kelola untuk pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr/24 jam	peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi e. Antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen.	
4	Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi	<i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam kurang pengetahuan tentang penyakit tidak terjadi dengan kriteria: a. Menjelaskan kembali tentang penyakit b. Mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas	<i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i> a. Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya b. Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala)identifikasi kemungkinan penyebab, jelaskan kondisi tentang pasien c. Jelaskan tentang proses pengobatan dan alternative d. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi e. Diskusikan tentang terapi yang dipilih	<i>Senin, 2 Juli 2018</i> <i>14.00 WIB</i> a. Mempermudah dalam memberikan penjelasan tentang pengobatan pada pasien b. Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas c. Mempermudah intervensi d. Mencegah keparahan penyakit e. Memberikan gambar tentang pilihan tentang terapi yang bisa digunakan

-
- f. Eksplorasi kemungkinan sumber yang bias digunakan / mendukung
 - g. Instruksi kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan
 - h. Tanyakan kembali tentang pengetahuan penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan
-

5. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien : Tn. S
 Nomor CM : 170393
 Ruang : Cempaka
 Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 09.00 Mengkaji nyeri secara komprehensif	Jam 09.10 S : P : luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi Q : tertusuk-tusuk R : jari manis tangan kanan S : 6 T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya O :
	Jam 09.10 Mengajarkan pasien teknik napas dalam	Jam 09.20 S : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik napas dalam O : Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam
	Jam 11.00 Mengukur tanda-tanda vital	Jam 11.10 S : Pasien mengatakan masih nyeri pada perutnya

O :

- TD 170/90 mmHg
 - Nadi 80 kali per menit
 - Suhu 36,5 °C
 - Respirasi 24 kali per menit
-

Jam 14.00

S :

P : saat BAK

Q : terasa penuh

R : di perut bagian bawah

S : Skala 5

T : hilang timbul, saat BAK

O :

- Pasien meringis menahan nyeri di abdomen kanan bawah
- TD 170/90 mmHg
- Nadi 80 kali per menit
- Suhu 36,5 oC
- Respirasi 24 kali per menit
- Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

- Lakukan pengkajian nyeri
 - Ukur tanda-tanda vital
 - Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 25 mg/12jam
-

(Eko Sudarmanto)

Jam 20.00
Mengukur tanda-tanda vital

Jam 20.10
S : Pasien mengatakan sedikit pusing
O :

- TD 130/90 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 24 kali per menit

Jam 20.50
Melakukan kolaborasi dengan dokter
pemberian injeksi dexketoprofen 25
mg/12jam per IV

Jam 21.00
S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan
O : dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui
IV kateter infus tangan kiri

Jam 21.00
S :

- Pasien mengatakan sedikit pusing
- Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O :

- Dexketoprofen 25 mg berhasil diberikan kepada pasien melalui
IV kateter infus tangan kiri
- TD 130/90 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 24 kali per menit

A : Nyeri akut teratasi sebagian

		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 25mg/12jam
		(Eko Sudarmanto)
Selasa, 3 Juli 2018	<p>Jam 05.00 Mengukur tanda-tanda vital</p>	<p>Jam 05.10 S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada jari manis tangan kanannya O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 140/90 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit </p>
	<p>Jam 06.00 Melakukan pengkajian nyeri</p>	<p>Jam 06.10 S : P : luka bekas operasi pemasangan wayer Q : tertusuk-tusuk R : jari manis tangan kanan S : 4 T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya • Terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis </p>

tangan kanan pasien

Jam 07.00

S :

P : luka bekas operasi pemasangan wayer

Q : tertusuk-tusuk

R : jari manis tangan kanan

S : 4

T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya

O :

- Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya
 - Terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis tangan kanan pasien
 - TD 140/90 mmHg
 - Nadi 84 kali per menit
 - Suhu 36,5 °C
 - Respirasi 24 kali per menit
- A : Nyeri akut teratasi sebagian
- P : Lanjutkan intervensi
- Lakukan pengkajian nyeri
 - Ukur tanda-tanda vital
 - Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 30 mg/12jam

(Eko Sudarmanto)

<p>Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi dexketoprofen 25mg/12jam per IV</p>	<p>Jam 09.10 S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan O : Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri</p>
<p>Jam 11.00 Mengukur tanda-tanda vital</p>	<p>Jam 11.10 S : Pasien mengatakan pusing berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 130/80 mmHg • Nadi 80 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit </p>
	<p>Jam 14.00 S : Pasien mengatakan pusing berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 130/80 mmHg • Nadi 80 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 24 kali per menit • Dexketoprofen 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 25mg/12jam </p> </p>

(Eko Sudarmanto)

Jam 20.00
Mengukur tanda-tanda vital

Jam 20.10
S : Pasien mengatakan sedikit pusing
O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,7 °C
- Respirasi 24 kali per menit

Jam 20.50
Melakukan kolaborasi dengan dokter
pemberian injeksi dexketoprofen 25mg/12jam
per IV

Jam 21.00
S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan
O : Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui
IV kateter infus tangan kiri

Jam 21.00
S :

- Pasien mengatakan sedikit pusing
- Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O :

- Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui
IV kateter infus tangan kiri
- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,7 °C
- Respirasi 24 kali per menit

A : Nyeri akut teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi

		<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri • Ukur tanda-tanda vital • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 25 mg/12jam
		(Eko Sudarmanto)
Rabu, 4 Juli 2018	Jam 05.00 Mengukur tanda-tanda vital	Jam 05.10 S : Pasien mengatakan sudah enakan O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali per menit • Suhu 36,5 °C • Respirasi 20 kali per menit
	Jam 06.00 Melakukan pengkajian nyeri	Jam 06.10 S : P : luka bekas operasi pemasangan wayer Q : tertusuk-tusuk R : jari manis tangan kanan S : 2 T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya • Terdapat luka post operasi pemasangan wayer h2 pada jari manis tangan kanan pasien

Jam 07.00

S :

P : luka bekas operasi pemasangan wayer

Q : tertusuk-tusuk

R : jari manis tangan kanan

S : 2

T : saat menggerakkan jari manis tangan kanannya

O :

- Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya
- Terdapat luka post operasi pemasangan wayer h2 pada jari manis tangan kanan pasien
- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 20 kali per menit

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik dexketoprofen 25 mg/12jam/IV

(Eko Sudarmanto)

Jam 09.00

Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi dexketoprofen 25mg/12jam per IV

Jam 09.10

S : Pasien mengatakan terasa sakit saat obat disuntikkan

O : Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

Jam 11.00
Mengukur tanda-tanda vital

Jam 11.10
S : Pasien mengatakan nyeri berkurang
O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 80 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 20 kali per menit

Jam 14.00
S : Pasien mengatakan nyeri berkurang
O :

- TD 120/80 mmHg
- Nadi 80 kali per menit
- Suhu 36,5 °C
- Respirasi 20 kali per menit
- Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

A : Nyeri akut teratasi
P : Hentikan intervensi, pasien BLPL

(Eko Sudarmanto)

Nama pasien :Tn. S
 Nomor CM :170393
 Ruang :Cempaka
 Diagnosa keperawatan : Risiko infeksi dengan factor risiko prosedur invasif

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 09.00	Jam 09.10
	Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik cefoperazone 1 gram/12jam/ IV	S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 14.00
		S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
		(Eko Sudarmanto)
	Jam 20.50	Jam 21.00
	Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian	S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan

	antibiotic cefoperazone 1 gram/12jam/ IV	O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 21.00
		S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan
		O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		A : Risiko infeksi teratasi sebagian
		P : Lanjutkan intervensi
		(Eko Sudarmanto)
Selasa, 3 Juli 2018	Jam 08.00 Melakukan dressing infus	Jam 08.10 S : Pasien mengatakan infusnya tidak terasa gatal O : Tidak nampak tanda-tanda infeksi pada pemasangan infus ditangan kiri pasien
	Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian	Jam 09.10 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan

	antibiotic cefoperazone 1 gram/12jam/ IV	O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		Jam 14.00
		S : Pasien mengatakan infusnya tidak terasa gatal
		O : Tidak Nampak tanda-tanda infeksi pada pemasangan infus ditangan kiri pasien, Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
		A : Risiko infeksi teratasi sebagian
		P : Lanjutkan intervensi
		(Eko Sudarmanto)
Rabu, 4 Juli 2018	Jam 09.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic cefoperazone 1 gram/12jam/ IV	Jam 09.10 S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri
	Jam 1300 Melakukan aff infus	Jam.13.20 S : Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dilepas

O : infus RL 20 tpm berhasil diaff

Jam 14.00

S : Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan,
Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dan kateter
dilepas

O : Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui
kateter infus pasien ditangan kiri, Kateter infus berhasil diaff

A : Risiko infeksi teratasi

P : Hentikan intervensi, pasien BLPL

(Eko Sudarmanto)

Nama pasien :Tn. S
 Nomor CM :170393
 Ruang :Cempaka
 Diagnosa keperawatan : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 10.50 Mengobservasi keluhan kaku leher pasien	Jam 11.00 S : Pasien mengeluhkan lehernya terasa kaku O : Pasien nampak memegang tengkuknya
	Jam 11.00 Mengukur tekanan darah dan nadi	Jam 11.10 S : Pasien mengatakan pusing O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 170/90 mmHg • Nadi 80 kali/menit
		Jam 14.00 S : Pasien mengeluhkan lehernya terasa kaku, Pasien mengatakan pusing O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak memegang tengkuknya • TD 170/90 mmHg • Nadi 80 kali/menit A : Ketidakefektifan perfusi jaringan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti hipertensi • Ajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam

		(Eko Sudarmanto)
	Jam 20.00 Mengukur tekanan darah dan nadi	Jam 20.10 S : Pasien mengatakan pusing berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 130/90 mmHg • Nadi 84 kali/menit
	Jam 20.50 Melakukan kolaborasi dengan dokter memberikan obat tablet amlodipine 10 mg/24jam	Jam 21.00 S : Pasien mengatakan obat sudah diminum O : Tablet amlodipine 10 mg berhasil diminum pasien
		Jam 21.00 S : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing berkurang • Pasien mengatakan obat sudah diminum O : <ul style="list-style-type: none"> • TD 130/90 mmHg • Nadi 84 kali/menit • Tablet amlodipine 10 mg berhasil diminum pasien A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam
		(Eko Sudarmanto)
Selasa, 3 Juli 2018	Jam 05.00 Mengukur tekanan darah dan nadi	Jam 05.10 S : Pasien mengatakan pusing berkurang

	O :
	<ul style="list-style-type: none"> • TD 140/90 mmHg • Nadi 84 kali/menit
Jam 06.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat tablet irbesartan 300mg/24jam	<p>Jam 06.10</p> <p>S : Pasien mengatakan obatnya sudah diminum sesudah makan</p> <p>O : Tablet irbesartan 300 mg berhasil diminum pasien</p>
	<p>Jam 07.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing berkurang • Pasien mengatakan obatnya sudah diminum sesudah makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 140/90 mmHg • Nadi 84 kali/menit <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
	(Eko Sudarmanto)
Jam 10.00 Mengajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diit rendah garam	<p>Jam 10.00</p> <p>S : Pasien mengatakan akan mematuhi untuk tidak makan asin-asin</p> <p>O : Pasien nampak kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan tentang pentingnya diit rendah garam pada pasien hipertensi</p>
Jam 11.00	Jam 11.10

Mengukur tekanan darah dan nadi	<p>S : Pasien mengatakan sudah lebih enakan, kaku leher sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>TD 130/80 mmHg</p> <p>Nadi 80 kali/menit</p>
	<p>Jam 14.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah lebih enakan, kaku leher sudah berkurang • Pasien mengatakan akan mematuhi untuk tidak makan asin-asin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 130/80 mmHg • Nadi 80 kali/menit • Pasien nampak kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan tentang pentingnya diet rendah garam pada pasien hipertensi <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ukur TTV • Kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti hipertensi
<p>Jam 20.00</p> <p>Mengukur tekanan darah dan nadi</p>	<p>Jam 20.10</p> <p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali/menit
Jam 20.50	Jam 21.00

	Melakukan kolaborasi dengan dokter memberikan obat tablet amlodipine 10 mg/24jam	<p>S : Pasien mengatakan obat sudah diminum O : Tablet amlodipine 10 mg berhasil diminum pasien</p> <p>Jam 21.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing berkurang • Pasien mengatakan obat sudah diminum <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali/menit • Tablet amlodipine 10 mg berhasil diminum pasien <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam
		(Eko Sudarmanto)
Rabu, 3 Juli 2018	<p>Jam 05.00 Mengukur tekanan darah dan nadi</p>	<p>Jam 05.10</p> <p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali/menit
	<p>Jam 06.00 Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat tablet irbesartan 300mg/24jam</p>	<p>Jam 06.10</p> <p>S : Pasien mengatakan obatnya sudah diminum sesudah makan</p>

	<p>O : Tablet irbesartan 300 mg berhasil diminum pasien</p> <p>Jam 07.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan pusing berkurang • Pasien mengatakan obatnya sudah diminum sesudah makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali/menit <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Eko Sudarmanto)</p>
<p>Jam 11.00</p> <p>Mengukur tekanan darah dan nadi</p>	<p>Jam 11.10</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah enakan, tidak ada kaku leher</p> <p>O :</p> <p>TD 120/80 mmHg</p> <p>Nadi 80 kali/menit</p>
	<p>Jam 07.00</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah enakan, tidak ada kaku leher</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD 120/80 mmHg • Nadi 84 kali/menit <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Eko Sudarmanto)</p>

Nama pasien :Tn. S
 Nomor CM :170393
 Ruang :Cempaka
 Diagnosa keperawatan : Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi

Hari/Tanggal	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 2 Juli 2018	Jam 10.00 Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya	Jam 10.10 S : Pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya O : Tingkat pendidikan pasien SD
	Jam 10.10 Menjelaskan tentang proses penyakit, proses pengobatan dan diskusikan perubahan gaya hidup kepada pasien dengan metode leaflet	Jam 10.20 S : Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin O : Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah
		Jam 14.00 Jam 10.20 S : Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin O : Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah A : Kurang pengetahuan tentang penyakit teratasi P : Hentikan intervensi

(Eko Sudarmanto)

6. Pembahasan

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa Open fraktur manus 4 distal mendapat beberapa kesenjangan teori dengan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis juga mengulas hal kesenjangan teori dan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan untuk berusaha membuat suatu langkah penyelesaian.

A. Proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Tn. S dengan diagnosa Open fraktur manus 4 distal pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018 di Ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang. Pengkajian yang dilakukan meliputi : hari dan tanggal, waktu, oleh, tempat, sumber data, metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, identitas pasien dan identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pola fungsional gordon, program terapi, jenis pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan analisa data. Sumber data ini diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan. Metode yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Pada tahap pengkajian kasus pasien Tn. S dengan diagnosa post Open fraktur manus 4 distal menurut Nurarif & Hardhi (2015) pada pasien biasanya

klien dengan fraktur akan mengalami nyeri saat beraktivitas/mobilisasi pada daerah fraktur tersebut. Pada kasus Tn. S ada beberapa data yang ditemukan sesuai dengan keluhan pasien adalah nyeri yang dirasakan pada luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada bagian jari manis tangan kanan, dengan skala nyeri 6, nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya. Pada pengkajian kesehatan fungsional bagian aspek fisik biologis pasien tidak ada gangguan : Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis, makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk, kemudian pasien minum 8-10 gelas sehari (1500-2000cc) berupa air putih. Pada bagian pola eliminasi didapatkan data pasien tidak ada gangguan : Selama dirumah sakit pasien BAB 2 hari sekali. Untuk BAK pasien lancar sehari 5-6 kali sehari. Urine berwarna kuning jernih. Pada pola aktivitas terdapat beberapa aktivitas yang mandiri yaitu mobilitas di tempat tidur; berpindah; ambulasi/ROM, aktivitas yang dibantu orang lain berupa makan/minum; mandi; serta berpakaian, sedangkan aktivitas yang dibantu orang lain dan alat yaitu toileting. Pasien dalam beraktivitas tidak ada gangguan pada sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler. Resiko ketergantungan pasien ikut di ketergantungan ringan. Pada pengkajian resiko jatuh pasien pasien beresiko rendah. Pada pola hubungan, koping atau tolerensi, kognitif, konsep diri (gambaran diri, harga diri, peran diri, ideal diri serta identitas diri) pada

pasien tidak ada gangguan. Kebutuhan seksual pasien tidak memikirkan, dalam nilai pasien memahami nilai yang ada di masyarakat dan agama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data TB 155 cm, BB 60 kg, IMT 24,97 kg/m², tekanan darah 210/100 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,4 oC, RR 20 x/menit. Pada pemeriksaan fisik secara sistematis pada Tn. S tidak ada kelainan seperti pada kulit pasien, kepala (rambut, mata, hidung, telinga, mulut), leher, tengkuk, thorax, kardiovaskuler, punggung, abdomen, panggul, anus dan rectum, genetalia pasien. Pada ekstermitas pasien terdapat luka di jari manis tangan kanannya, kuku terlepas, jari manis tangan kanan tidak bisa digerakkan, terdapat fraktur terbuka di jari manis tangan kanan, tidak terdapat perdarahan pada fraktur terbuka di jari manis tangan kanan. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 2 Juli 2018 didapatkan hasil hemoglobin 12,5 g/dl, leukosit 4,1 k/uL, eritrosit 3,79 m/uL.

Pada riwayat keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit kronis, menurun dan menular seperti kanker, FAM, Diabetes Melitus, hipertensi dan tuberculosis. Hanya pasien yang menderita penyakit Hipertensi.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif & Hardhi (2015) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Open fraktur manus 4 distal dalam NANDA (2015) adalah sebagai berikut pada pre operasi diagnosa yang muncul yaitu nyeri berhubungan dengan (terputusnya jaringan tulang; gerakan fragmen tulang; edema dan cedera pada jaringan; alat traksi/immobilisasi; stress; ansietas,

intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispnea; kelemahan/keletihan, ketidakadekuatan oksigenasi; ansietas dan gangguan pola tidur), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan (tekanan; perubahan status metabolik; kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka/ulserasi; kelemahan; penurunan berat badan; turgor kulit buruk; terdapat jaringan nekrotik), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan (nyeri/ketidaknyamanan; kerusakan muskuloskeletal; terapi pembatasan aktivitas; dan penurunan kekuatan/tahanan), risiko infeksi berhubungan dengan (stasis cairan tubuh; respons inflamasi tertekan; prosedur invasif dan jalur penusukan; luka/kerusakan kulit; insisi pembedahan), Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan (keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi). Sedangkan diagnosa yang didapatkan pada kasus Tn. S, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, ketidakseimbangan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi. Diagnosa keperawatan pada kasus adalah sebagai berikut:

a. Pre operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

Nyeri akut menurut NANDA 2015-2017 yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan

jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen cedera fisik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengeluh nyeri pada luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi, luka terasa seperti tertusuk-tusu, luka pada jari manis tangan kanan, dengan skala nyeri 6, nyeri terasa saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya.

- 2) Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi

Defisiensi pengetahuan menurut NANDA 2015-2017 adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Faktor yang berhubungan dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah kurang paparan sumber informasi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengatakan Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SD, Usia 83 tahun, Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang

penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya

b. Post operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

Nyeri akut menurut NANDA 2015-2017 yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen cedera fisik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi pemasangan wayer, luka terasa seperti tertusuk-tusuk, luka pada jari manis tangan kanan, dengan skala nyeri 6, nyeri terasa pada saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, Terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis tangan kanan pasien

2) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi

Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral menurut NANDA NIC NOC 2015 yaitu penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat

mengganggu kesehatan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah hipertensi. Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh data pasien, Pasien mengatakan pusing, nyeri tengkuk, Pasien mengeluhkan kaku kuduk dan tengkuk terasa berat, TD 210/100 mmHg, Nadi 90 kali per menit.

3) Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif

Risiko infeksi menurut NANDA 2015-2017 adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Faktor risiko dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah pertahanan tubuh primer tidak adekuat. Berdasarkan data yang diperoleh pasien mengatakan, Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien, Terdapat luka terbuka di jari manis tangan kanan pasien, Kuku jari manis tangan kanan pasien terlepas.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan.

Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan. Kriteria hasil dilakukan untuk memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat kriteria hasil adalah berfokus pada pasien, singkat,

jelas untuk memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan dapat diobservasi dan diukur, realistis, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Pada perencanaan tindakan, penulis mengacu pada referensi *Nursing Interventions Classification (NIC)* dan *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Pada teori dan kenyataan tahap perencanaan menggunakan referensi yang sama. Perencanaan pada pasien Tn. S penulis mengambil dari referensi dan menyesuaikan dengan kondisi pasien, sehingga dapat mengoptimalkan keberhasilannya. Selain itu, dipilihnya perencanaan bertujuan untuk menyesuaikan kondisi dan kemampuan pasien serta fasilitas yang ada.

Penentuan tujuan, penulis menggunakan konsep *SMART*. Konsep *SMART* yaitu S : *Spesific*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus jelas; M : *Measurable*, yang dimaksudkan adalah dalam penentuan tujuan keperawatan harus dapat diukur sesuai dengan keadaan pasien; A : *Achievable*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai sesuai dengan kondisi pasien; R : *Reasonable*, yang dimaksudkan adalah dalam menentukan tujuan keperawatan harus nyata dan dapat dipertanggungjawabkan; T : *Time*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan waktu yang sudah ditetapkan sesuai kondisi pasien.

Saat melakukan penentuan intervensi, penulis berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu *ONEC* yaitu observasi (*observation*), tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*education*)

dan tindakan kolaborasi (*collaboration*). Penulisan instruksi dalam perencanaan telah disesuaikan oleh penulis, misalnya apabila pasien memerlukan terapi obat maka ditulis kolaborasi, karena pemberian obat merupakan kewenangan dari dokter dan perawat hanya sebagai pengelola.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (PreOperasi)

1) Tujuan

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Pasien mengatakan nyeri berkurang
- b) Skala nyeri 2
- c) Wajah pasien tampak relaks
- d) (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).

Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien mengeluhkan nyeri luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada jari manis tangan kanan, dengan skala nyeri 6, nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, pasien meringis.

2) Intervensi

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien, dengan intervensi :

- a) Kaji tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital

- b) Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri.
- c) Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.
- d) Kelola dexketoprofen 25 mg/8jam untuk mengurangi nyeri.

Alasannya untuk mengetahui memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya, teknik non farmakologis membantu mengurangi nyeri tanpa obat seperti nafas dalam, memberikan kenyamanan pada pasien, dexketoprofen sebagai Analgetik membantu mengurangi nyeri secara farmakaologi

- b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (PreOperasi)

1) Tujuan

Knowledge disease process bertujuan untuk memberikan pemahaman pasien tentang proses penyakit secara jelas dan komplikasi dari penyakit, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Menjelaskan kembali tentang penyakit
- b) Mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas.

Alasannya penulis mengambil tujuan *knowledge disease process* adalah Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SD, Usia 83 tahun, Pasien

mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya.

2) Intervensi

Teaching disease process bertujuan untuk membantu pasien memahami informasi dari proses penyakit secara jelas, dengan intervensi sebagai berikut :

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya
- b) Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala)identifikasi kemungkinan penyebab, jelaskan kondisi tentang pasien
- c) Jelaskan tentang proses pengobatan dan alternative pengobatan
- d) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi
- e) Diskusikan tentang terapi yang dipilih
- f) Eksplorasi kemungkinan sumber yang bias digunakan / mendukung
- g) Instruksi kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan
- h) Tanyakan kembali tentang pengetahuan penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan

Alasannya untuk mengetahui mempermudah dalam memberikan penjelasan tentang pengobatan pada pasien, meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas, mempermudah intervensi, mencegah keparahan penyakit, memberikan gambar tentang pilihan tentang terapi yang bisa digunakan

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (PostOperasi)

1) Tujuan

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Pasien mengatakan nyeri berkurang
- b) Skala nyeri 2
- c) Wajah pasien tampak relaks
- d) (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).

Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien mengeluhkan nyeri luka bekas operasi pemasangan wayer, luka seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada jari manis tangan kanan dengan skala nyeri 6, nyeri terasa saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, pasien meringis menahan nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, terdapat luka post operasi pemasangan wayer pada jari manis tangan kanan pasien

2) Intervensi

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien, dengan intervensi :

- a) Kaji tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital
- b) Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri.

- c) Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.
- d) Kelola dexketoprofen 25 mg/8jam untuk mengurangi nyeri.

Alasannya untuk mengetahui memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya, teknik non farmakologis membantu mengurangi nyeri tanpa obat seperti nafas dalam, memberikan kenyamanan pada pasien, dexketoprofen sebagai Analgetik membantu mengurangi nyeri secara farmakaologi

d. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi

1) Tujuan

Tissue perfusion : cerebral bertujuan untuk mengobservasi status sirkulasi, kemampuan kognitif pasien, mengetahui fungsi sensori motoricranial yang utuh berupa tingkat kesadaran, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

- a) Tekanan darah normal (120/80 mmHg).
- b) Tidak ada kaku leher
- c) Tidak ada pusing
- d) Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intra kranial

Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien mengeluhkan pasien mengatakan pusing, nyeri tengkuk, Pasien mengeluhkan kaku kuduk dan tengkuk terasa berat, TD 210/100 mmHg, Nadi 90 kali per menit.

2) Intervensi

Peripheral sensation management membantu pasien dalam tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien, dengan intervensi sebagai berikut :

- a) Observasi keluhan kaku leher pasien
- b) Ukur tekanan darah dan nadi pasien
- c) Ajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam
- d) Kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti hipertensi

Alasannya untuk mengetahui ada tidaknya kaku leher yang merupakan salah satu manifestasi hipertensi, tekanan darah dan nadi salah satu indikator untuk mengetahui hipertensi pasien, diet rendah garam sesuai untuk pasien dengan hipertensi, obat anti hipertensi berfungsi untuk menstabilkan tekanan darah pasien

e. Risiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder Inadekuat

1) Tujuan

Risk control bertujuan untuk membentuk aksi mandiri untuk memahami, mencegah, mengurangi dan memodifikasi kesehatan untuk mengurangi risiko infeksi, dengan kriteria hasil :

- a) Tidak ada tanda-tanda infeksi (dolor, calor, rubor, tumor, *functio laesa*)
- b) Luka bersih, tidak lembab dan tidak kotor.
- c) Balutan infus bersih, tidak, lembab, dan tidak kotor

- d) Tanda-tanda vital dalam batas normal. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).

Alasannya pada pasien terdapat data Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien, terdapat luka terbuka di jari manis tangan kanan pasien, kuku jari manis tangan kanan pasien terlepas

2) Intervensi

Wound care bertujuan untuk mencegah adanya komplikasi dari adanya luka dan memberikan informasi tentang perawatan luka.

- a) Monitor luas, kedalaman dan keadaan luka
- b) Lakukan perawatan luka
- c) Ajarkan pasien tanda – tanda dari infeksi dan cara perawatan luka saat dirumah
- d) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat antibiotik ceftriaxon 1 gram/12jam/IV

Alasannya untuk mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat, mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen, untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial, penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi, antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Namun, pada kenyataan tidak semua perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien. Asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa Open fraktur manus 4 distal dilaksanakan secara berkesinambungan. Dalam hal ini, penulis tidak bekerja sendiri, melainkan dengan bantuan perawat di ruang Cempaka, dokter, ahli gizi serta melibatkan pasien dan keluarga sehingga dapat bekerja sama dan terbina hubungan saling percaya serta mencapai tujuan yang ditentukan. Adapun pelaksanaan dari diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Pre Operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif, mengajarkan pasien teknik napas dalam, mengajarkan pasien teknik napas dalam.

b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya,

menjelaskan tentang proses penyakit, proses pengobatan dan diskusikan perubahan gaya hidup kepada pasien dengan metode leaflet

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu mengukur tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi dexketoprofen 25 mg/12jam per IV, melakukan pengkajian nyeri.

d. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu mengobservasi keluhan kaku leher pasien, mengukur tekanan darah dan nadi, melakukan kolaborasi dengan dokter memberikan obat tablet amlodipine 10 mg/24jam, mengajarkan pasien dan keluarga tentang pentingnya diet rendah garam, melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat tablet irbesartan 300mg/24jam.

e. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasive

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik cefoperazone 1 gram/12jam/ IV, melakukan dressing infus.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang menentukan apakah tujuan tercapai atau sampai manakah tujuan tersebut telah dicapai. Pada evaluasi ini penulis menggunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses ini dibuat untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang dilaksanakan oleh perawat, sedangkan evaluasi hasil merupakan catatan perkembangan dari keseluruhan tindakan yang dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun asuhan keperawatan. Evaluasi dari diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Pre operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam pada tanggal 2 Juli tujuan teratasi sebagian dengan data luka terbuka pada jari manis tangan kanan karena terlilit tali pengencang sapi, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada jari manis tangan kanan, dengan Skala 5, nyeri saat menggerakkan jari manis tangan kanannya, Pasien meringis menahan nyeri di abdomen kanan bawah, TD 170/90 mmHg, Nadi 80 kali per menit, Suhu 36,5 oC, Respirasi 24 kali per menit, Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam

b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam pada tanggal 2 Juli 2018, tujuan teratasi dengan data Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin, Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018, tujuan teratasi dengan data Pasien mengatakan nyeri berkurang, TD 120/80 mmHg, Nadi 80 kali per menit, Suhu 36,5 oC, Respirasi 20 kali per menit, Dexketoprofen 25mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

d. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018, tujuan teratasi dengan data Pasien

mengatakan sudah enakan, tidak ada kaku leher, TD 120/80 mmHg, Nadi 84 kali/menit

e. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasive

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018, tujuan teratasi pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan, Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dan kateter dilepas, Injeksi cefoperazone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri, Kateter infus berhasil diaff tdak ada tanda-tanda perdarahan.

f. Dokumentasi asuhan keperawatan

Pentingnya dokumentasi terlihat dari tujuannya yaitu untuk mendapatkan komunikasi timbal balik antara tim kesehatan secara efektif sebagai lahan bukti untuk tanggungjawab dan tanggung gugat sebagai informasi statistik untuk mengantisipasi dan merencanakan kebutuhan pasien di masa yang akan datang. Pada kasus ini pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang menggunakan metode SOAP.

Dalam pendokumentasian yang ada di ruang Ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang menggunakan model SOAP, dimana model ini

menggunakan model progress note yang berisikan perkembangan dan kemajuan dari setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan ditulis oleh semua tim kesehatan pada bangsal tersebut. Salah satu acuan progress note yang dapat digunakan yaitu : S : Data subyektif, O : Data obyektif, A : Analisa P : Planning.

7. Keterbatasan Kasus

Faktor pendukung dari pelaksanaan pengkajian adalah keluarga kooperatif dan terbuka saat pengkajian dan kerjasama tim kesehatan yang lain seperti dokter, perawat bangsal dan ahli gizi.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya kerjasama penulis dengan pasien. Dalam hal ini, faktor penghambatnya adalah kurangnya literatur Open fraktur manus 4 distal untuk menentukan perencanaan tindakan.

Faktor pendukung pada dokumentasi asuhan keperawatan adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruang masih bersifat rutinitas semata dan belum memperhatikan pertimbangan status kesehatan pasien.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa Open fraktur manus 4 distal selama 3 x 24 jam dari tanggal 2 Juli sampai dengan 4 Juli 2018, penulis memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa Open frakturmanus 4 distaldengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikannya dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam setiap proses keperawatan. Adapun kesimpulannya sebagai berikut :

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengkajian adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Pada saat pengkajian penulis memperoleh beberapa data anatara lainNyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif. Data tersebut muncul berdasarkan kondisi pasien dan mempunyai kesamaan dengan data dan teori.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Pada pasien Tn. S dengan diagnosa Open fraktur manus 4 distal didapatkan 6 diagnosa yang muncul berdasarkan kondisi pasien diantaranya adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Risiko infeksi dengan factor procedure invasif.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan sesuai teori dengan memperhatikan situasi dan kondisi pasien serta sarana dan prasarana di rumah sakit. Prioritas masalah berdasarkan teori Hierarki Maslow, sedangkan penentuan tujuan meliputi sasaran, kriteria waktu dan hasil dan rencana tindakan keperawatan kasus ini berpedoman pada NANDA, NOC dan NIC. Dengan menyesuaikan pada kondisi pasien. Dalam penyusunan perencanaan keperawatan melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain yang mencakup 4 elemen yaitu observasi, tindakan keperawatan mandiri, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan dari 5 diagnosa keperawatan antara lain adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, Kurang pengetahuan tentang penyakit

berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif. dapat dilaksanakan sesuai rencana yang telah disusun dengan adanya kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 x 24 jam, dari ke enam diagnosa keperawatan, 5 diagnosa keperawatan teratasi dan 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian. Diagnosa keperawatan yang teratasi antara lain adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Risiko infeksi dengan factor procedure invasif. Diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik.

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan pada tahap evaluasi penulis menggunakan metode SOAP: S : Subyektif, O : Obyek data, A : Analisa, P : *Planning*.

Pendokumentasian dengan metode SOAP dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan dengan mencantumkan tanggal, jam, nama dan tanda tangan.

Dalam pembuatan asuhan keperawatan penulis mendapatkan adanya faktor pendukung maupun faktor penghambat. Faktor pendukung ialah adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis dan kerjasama pasien dengan keluarga. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruangan masih bersifat rutinitas dan belum memperhatikan perkembangan status kesehatan pasien.

B. Saran

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Open frakturmanus 4 distal, maka penulis ingin memberikan saran antara lain :

1. Bagi profesi keperawatan

Meningkatkan riset dalam bidang keperawatan medikal bedah agar pada saat menentukan perencanaan serta pelaksanaan dalam pemberian asuhan keperawatan lebih tepat dan lebih spesifik dengan melihat respon pasien dan keluarga pasien.

2. Bagi institusi

a. Ruang Cempaka RST dr. Soedjono Magelang

- 1) Menanggapi keluhan pasien dengan segera untuk dilakukan tindakan lanjut.
- 2) Memperhatikan dalam pembuatan dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian bukan bersifat rutinitas.

b. Institusi pendidikan

- 1) Meningkatkan proses bimbingan belajar, seperti bimbingan kepada mahasiswa yang akan melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dengan adanya bimbingan diharapkan target untuk mencapai tujuan dalam penyelesaian tugas dapat tercapai.
- 2) Menambah inventaris laboratorium untuk meningkatkan proses belajar.
- 3) Menambah literatur-literatur baru, untuk mempermudah dalam proses belajar mengajar maupaun penyelesaian tugas.

c. Bagi penulis

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan lebih cermat dalam mencari literatur dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner dan Suddarth. 2008. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Campbell, D. (2006). *Music : Physician For Times to Come*. 3 Edition. Wheaton: quest books.
- Elizabeth J. Corwin. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta: Aditya Media
- Mardiono, (2010). Teknik Distraksi. Posted by Qittun on Wednesday, October 29 2008, (www.qittun.com , diakses pada tanggal 20 November 2014).
- Moore K.L., Dalley A.F., Agur A.M.R. 2010. *Clinically oriented anatomy*. 6th edition. Lippincott William and Wilkins. Amerika. 246-53. Jakarta: Erlangga
- Nurarif & Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc Panduan penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*. Yogyakarta : Mediacion Jogja.
- Prof. Chairuddin Rasjad, MD. P. 2012. *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi*. Jakarta: PT. Yarsif Watampone
- Smeltzer, S. C., & Bare B. G. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (Edisi 8 Volume 1)*. Jakarta: EGC