



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
PASIEN DENGAN FRAKTUR MAKSILOFASIAL
DI IGD RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH

RAYA MA'TAN (NS2314901101)

RESTI SARIMANDI (NS2314901102)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2024



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
PASIEN DENGAN FRAKTUR MAKSILOFASIAL
DI IGD RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH

RAYA MA'TAN (NS2314901101)

RESTI SARIMANDI (NS2314901102)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2024**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Raya Ma'tan (NS2314901101)
2. Resti Sarimandi (NS2314901102)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024

yang menyatakan,



Raya Ma'tan



Resti Sarimandi

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Fraktur Maksilofasial di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Raya Ma'tan (NS2314901101)
2. Resti Sarimandi (NS2314901102)

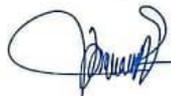
Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Wirmando, Ns., M.Kep)
NIDN: 0929089201

Pembimbing 2



(Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS)
NIDN: 0913068201

**Mengetahui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan
Kerjasama STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R. Sa'pang, Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

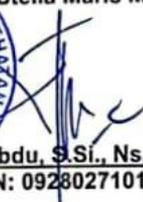
Nama : 1. Raya Ma'tan (NS2314901101)
2. Resti Sarimandi (NS2314901102)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Fraktur Maksilofasial di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Wirmando, Ns., M.Kep (*dm*)
Pembimbing 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS (*Serlina*)
Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep.,
Sp.Kep.MB., PhDNS (*Anita*)
Penguji 2 : Matilda Marta Paseno, Ns., M.Kes (*Matilda*)
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 11 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Raya Ma'tan (NS2314901101)

Resti Sarimandi (NS2314901102)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024

Yang menyatakan



Raya Ma'tan



Resti Sarimandi

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan Fraktur Maksilofasial di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan karya ilmiah akhir ini telah melibatkan banyak bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M,Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS selaku Wakil Ketua I bidang akademik serta Kerja Sama STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang telah memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi serta Keuangan STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II yang telah memberikan dorongan bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris yang telah memberikan dorongan bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Mery Sambo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.

6. Wirmando, Ns., M.Kep Selaku pembimbing 1 yang telah mengarahkan dan memotivasi penulis selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini
7. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS Selaku pembimbing 2 yang telah mengarahkan dan memotivasi penulis selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis menempuh pendidikan.
9. Kepada Rumah Sakit Bhayangkara Makassar yang telah memberikan izin praktik profesi keperawatan dan para perawat yang telah membantu dan bekerja sama dalam mengelola kasus keperawatan gawat darurat di IGD
10. Orang tua tercinta dari Raya Ma'tan yaitu Paulus Ma'tan Dan Martha S. serta kedua orang tua dari Resti Sarimandi yaitu Samuel Sarimandi dan Maria Yanti Sumbung yaitu serta sanak saudara, dan orang terkasih yang selalu memberikan semangat, memberikan doa, dan dukungan baik moral maupun material
11. Teman- teman seperjuangan mahasiswa Profesi Ners angkatan 2023 di STIK Stella Maris Makassar yang telah mendukung dan menguatkan dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis terbuka dalam menerima kritik dan saaran untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 11 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
HALAMAN GAMBAR	xi
HALAMAN LAMPIRAN.....	xii
HALAMAN TABEL.....	xiii
HALAMAN LAMBANG SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	4
2. Bagi Pasien dan Keluarga.....	4
3. Bagi Penulis	4
4. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik.....	7
1. Pengertian Fraktur Maksilofasial.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Etiologi.....	9
4. Klasifikasi.....	10
5. Patofisiologi	13
6. Manifestasi Klinis.....	18
7. Tes Diagnostik.....	19
8. Penatalaksanaan.....	20
9. Tahapan Penyembuhan Tulang.....	21
10. Komplikasi	24
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosis Keperawatan	29
3. Perencanaan Keperawatan.....	30
4. Discharge Planning	32
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian Gawat Darurat.....	33
B. Identifikasi Masalah	46

C. Diagnosis Keperawatan	49
D. Intervensi Keperawatan	50
E. Implementasi Keperawatan	52
F. Evaluasi Keperawatan	55
G. Daftar Obat Bagi Pasien	57
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	62
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing (EBN)	67
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	74
B. Saran	75

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Maksilofasial.....	7
---------------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul KIA

Lampiran 2 : Lembar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

1.1 Etiologi Fraktur Maksilofasial	9
3.1 Pemeriksaan Labotorium	19
3.2 Indetifikasi Masalah	43
3.3 Diagnosa Keperawatan	46
3.4 Intervensi Keperawatan	47
3.5 Implementasi Keperawatan	49
3.6 Evaluasi keperawatan	51
4.1 Picot EBN.....	65

LAMBANG SINGKATAN

>	: Lebih dari
KIA	: Karya ilmiah akhir
EBN	: Evidence based nursing
IGD	: Instalasi gawat darurat
ABC	: Airway, Breathing, Circulation
NGT	: Nasogastrik tube
SDKI	: Standar diagnosa keperawatan indonesia
SLKI	: Standar luaran keperawatan indonesia
SIKI	: Standar intervensi keperawatan indonesia
GCS	: Glasgow coma scale
EKG	: Ekokardiografi
PQRST	: Provoking, Quality, Region, Severity, Time
TPM	: Tetes per menit
IV	: Intravena
NOE	: Nasoorbitoethmoid

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur maksilofasial merupakan jenis fraktur yang dapat terjadi pada jaringan lunak maupun jaringan keras (tulang kepala). Terdapat berbagai hal yang dapat menyebabkan fraktur maksilofasial baik yang berasal dari dalam maupun luar tubuh. Salah satu faktor yang berasal dari luar tubuh yang dapat menyebabkan fraktur maksilofasial adalah kecelakaan lalu lintas (Tetelepta et al., 2021).

Menurut *World Health Organization* mencatat kecelakaan lalu lintas menelan korban jiwa sekitar 2,4 juta. Tingginya angka kecelakaan menyebabkan terjadinya insiden fraktur tinggi dan salah satu fraktur yang terjadi adalah fraktur maksilofasial (WHO, 2019). Prevalensi fraktur maksilofasial di negara berkembang menyumbang angka sebesar 93,3% dimana rata-rata terjadi pada orang dewasa dari kelompok usia 20-40 tahun kemudian diikuti kelompok usia 11-35 tahun. Mayoritas korban menunjukkan bahwa 74,5% adalah laki-laki dan 25,5% adalah perempuan dimana cedera paling sering dialami pada bagian rahang atas kemudian pada bagian mandibula karena merupakan bagian yang paling menonjol dan selanjutnya pada bagian zigomatik. Adapun penyebab dari fraktur maksilofasial adalah kecelakaan lalu lintas sebanyak 197 kasus atau 73,8% dari 267 kasus, kemudian diikuti kasus trauma karena jatuh sebanyak 48 atau 18%, dan penyerangan sebanyak 18 atau 6,7% (Saleh, 2020).

Berdasarkan data Riskesdas (2018) angka kejadian fraktur maksilofasial adalah 5,5% dari 92.976 kasus cedera di Indonesia. Fraktur maksilofasial lebih sering terjadi pada dewasa dari pada anak-anak. Selain itu pada usia 12 dan 14 tahun remaja yang

mengalami pubertas memiliki peningkatan mobilitas dan aktivitas fisik yang bisa mengakibatkan terjadinya, jatuh, tindakan kekerasan, cedera terkait olahraga yang berdampak pada terjadinya fraktur.

Di Makassar lebih tepatnya Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar didapatkan bahwa jumlah pasien dengan fraktur maksilofasial pada bulan Januari – Desember 2023, yaitu 70 pasien. Pada tahun 2024 khususnya pada bulan April - Mei terdapat sebanyak 5 pasien yang mengalami fraktur maksilofasial. Pada fraktur maksilofasial dalam keadaan darurat paska trauma maka perlu diwaspadai adalah gangguan pernapasan yang dikarenakan terjadi patah tulang wajah dengan perubahan bentuk anatomi jalan napas, terjadinya perdarahan hebat yang dapat mengganggu jalan napas ataupun terjadi syok perdarahan. Hal ini yang perlu diatasi dengan segera untuk penanganan dan pencegahan syok akibat perdarahan (Barak & Hany, 2021).

Penanganan fraktur maksilofasial harus dilakukan secara cepat dan tepat baik dari diagnostik, terapi non invasif serta invasif maupun keperawatan agar angka kecacatan bahkan kematian bisa diminimalkan (Bernado & Rahajoe, 2020). Peran perawat dalam melakukan tindakan keperawatan harus secara cepat dan tepat. Mengingat kasus fraktur dapat menjadi berat dan berujung pada perdarahan apabila tidak segera ditangani. Oleh karena itu dibutuhkan kualitas dan skill secara *critical thinking* yang baik pada perawat untuk menentukan manajemen fraktur maksilofasial. Maka mengingat bahaya yang dapat ditimbulkan dari fraktur maksilofasial. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan. Pada studi kasus ini penulis juga melakukan teknik suction sebagai intervensi keperawatan. Suction merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau

rongga mulut kedalam pharyng atau trachea. Suction memiliki manfaat untuk meningkatkan bersihan jalan napas dan meningkatkan saturasi oksigen (Alimin & Arumsari, 2022). Pada pasien dengan fraktur maksilofasial ketidakpatenan bersihan jalan napas diakibatkan oleh karena darah sehingga tindakan yang tepat untuk dilakukan yaitu suction.

Berdasarkan prevalensi dan masalah di atas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan gawat darurat pada salah satu pasien di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dengan diagnosa medis Fraktur Maksilofasial.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur maksilofasial.

2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat dengan melakukan perawatan yaitu dengan tindakan pertolongan pertama bagi pasien yang mengalami kondisi kritis atau gawat dengan tujuan untuk mempertahankan keselamatan pasien dan peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Fraktur Maksilofasial di IGD RS Bhayangkara Makassar.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Memberikan informasi tambahan yang bermanfaat kepada pasien dan keluarga mengenai Fraktur Maksilofasial.

3. Bagi Penulis

Menjadi landasan pengaplikasian ilmu dan pengetahuan yang didapatkan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat secara tepat dan tanggap pada pasien dengan Fraktur Maksilofasial.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi atau bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar pada pasien Fraktur Maksilofasial.

D. Metode penulisan

Pendekatan yang digunakan dalam menghimpun data atau informasi dalam penulisan karya ilmiah tentang asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur maksilofasial melalui:

1. Studi Pustaka

Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku, artikel, dan jurnal.

2. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan gawat darurat yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisis data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yaitu:

a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab kepada keluarga dan berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

c. Dokumentasi

Mencatat hal-hal yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, BAB II: Tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, klasifikasi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi,

implementasi, evaluasi, *discharge planning* (perencanaan pulang) dan patoflowdiagram. BAB III: pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dan pasien, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV: membahas tentang pembahasan kasus (pembahasan askep) dan pembahasan penerapan EBN (*Evidence Based Nursing*). BAB V sebagai akhir dari karya ilmiah akhir yaitu penutup yang berisi tentang uraian simpulan dan saran bagi pihak- pihak yang terkait dan penyusunan karya ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Fraktur maksilofasial adalah hilangnya kontinuitas pada tulang-tulang pembentuk wajah akibat langsung dari trauma. Tulang-tulang maksilofasial merupakan tulang-tulang pembentuk tengkorak bagian depan, terdiri dari tulang-tulang pipih dan menonjol seperti tulang nasal, zigoma, maksila dan mandibula. Hal inilah yang menyebabkan sehingga tulang-tulang maksilofasial lebih rentan terkena trauma dan terjadi fraktur (Rizki & Nopriyanto, 2021).

Fraktur maksilofasial adalah suatu ruda paksa yang mengenai wajah dan jaringan sekitarnya yang menyebabkan hilangnya kontinuitas tulang-tulang wajah. Penyebab trauma maksilofasial bervariasi mencakup kecelakaan lalu lintas, kekerasan fisik, terjatuh, olahraga dan trauma senjata api (Pratiwi et al., 2022) .

Oleh karena itu, beberapa pendapat para ahli di atas maka dapat disimpulkan bahwa fraktur maksilofasial merupakan bentuk trauma fisik atau benturan yang terjadi pada wajah yang terjadi pada jaringan lunak dan jaringan keras oleh serangan atau benturan fisik dari luar, baik itu secara langsung maupun tidak langsung sehingga menyebabkan kecacatan.

2. Anatomi dan Fisiologi

Maksilofasial tergabung dalam tulang wajah yang tersusun secara baik dalam membentuk wajah manusia. Tulang pembentuk wajah pada manusia bentuknya lebih kecil dari tengkorak otak. Di dalam tulang wajah terdapat rongga-rongga

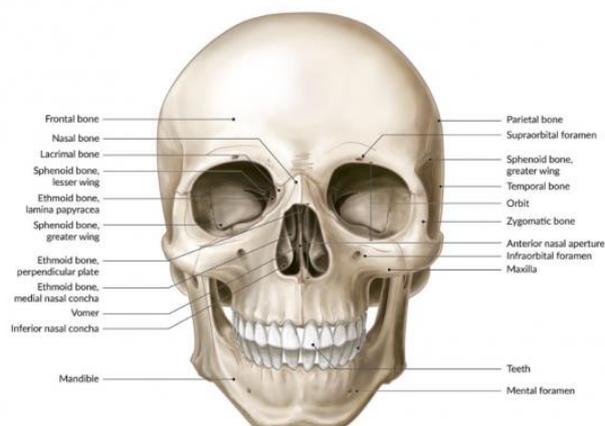
yang membentuk rongga mulut (*cavum oris*), dan rongga hidung (*cavum nasi*) dan rongga mata (*orbita*), tengkorak wajah terbagi atas dua bagian :

a. Bagian hidung terdiri atas:

Os Lacrimal (tulang mata) letaknya di sebelah kiri/kanan pangkal hidung di sudut mata. *Os nasal* (tulang hidung) yang membentuk batang hidung sebelah atas. Dan *Os Konka nasal* (tulang karang hidung), letaknya di dalam rongga hidung dan bentuknya berlipat-lipat. *Septum nasi* (sekat rongga hidung) adalah sambungan dari tulang tapis yang tegak (Nuzulia, 2023).

b. Bagian rahang terdiri atas tulang-tulang seperti:

Os Maksilaris (tulang rahang atas), *Os Zygomaticum* tulang pipi yang terdiri dari dua tulang kiri dan kanan. *Os Palatum* atau tulang langit-langit, terdiri dari dua buah tulang kiri dan kanan. *Os manibularis* atau tulang rahang bawah, terdiri dari dua bagian yaitu bagian kiri dan kanan yang kemudian bersatu dipertengahan dagu. Dibagian depan dari *mandibula* terdapat *processus coracoid* tempat melekatnya otot (Nuzulia, 2023)



Gambar 1.1(sumber: *textbook Oral and Maxillofacial Surgery*, vol.II, 2018)

Maksilofasial juga dibagi menjadi tiga bagian :

- 1) Sepertiga atas wajah: tulang frontalis, regio supra orbita, rima orbita, sinus frontalis
- 2) Sepertiga tengah wajah: maksila zigomatikus, lakrimal, nasal, palatinus, nasal konka inferior, dan tulang vomer
- 3) Sepertiga bawah wajah: mandibular (Annette, 2023).

3. Etiologi

Fraktur maksilofasial merupakan kondisi yang sering terjadi pada pasien gawat darurat dan memiliki persentase 15% dari semua kasus trauma. Etiologi dari trauma maksilofasial terdiri atas pukulan benda langsung, kecelakaan kendaraan, jatuh dari ketinggian, cedera olahraga, dan penyebab predisposisi seperti usia > 30 tahun dan pada perempuan yang mengalami menopause. Pemeriksaan riwayat medis, kondisi umum pasien, ekstraoral, intra oral, dan radiografi harus dilakukan sebelum dilakukan tindakan terhadap fraktur tersebut. Kecelakaan lalu lintas adalah penyebab utama fraktur maksilofasial yang dapat membawa kecacatan bahkan kematian. Pada zygoma dan rahang adalah tulang yang paling umum patah selama serangan. Kecelakaan kendaraan bermotor menghasilkan patah tulang yang sering melibatkan midface, terutama pada pasien yang tidak memakai sabuk helm (Yusanti & Estiko, 2023).

Menurut (Barak & Hany, 2021) berikut ini etiologi fraktur maksilofasial:

Penyebab pada orang dewasa	Presentase %
Kecelakaan lalu lintas	40-45
Penganiayaan/berkelahi	10-15
Olahraga	5-10
Jatuh	5

Lain-lain	5-10
-----------	------

4. Klasifikasi

a. Fraktur Nasal

Fraktur nasal biasanya disebabkan oleh trauma langsung. Pada pemeriksaan didapatkan pembengkakan, epistaksis, nyeri tekan dan teraba garis fraktur. Radiografi konvensional dari arah lateral dapat menunjang diagnosis. Fraktur nasal terisolasi relatif umum, karena letak dorsum nasal yang menonjol dan dukungan tulang yang relatif lemah. Sebagian besar fraktur nasal terjadi akibat vektor gaya dari aspek lateral. Kemudian, deviasi tulang hidung biasanya terjadi ke inferior dan lateral, terkadang disertai deviasi septum hidung atau fraktur prosesus frontal maksila. Diskontinuitas septum tulang rawan anterior berkaitan dengan fraktur *anterior nasal spine* (Pramesthi & Yusuf, 2021).

b. Fraktur Maksila

Fraktur maksila dibedakan menjadi tiga macam yaitu fraktur sepertiga atas (Le Fort III) dengan batas tepi atas orbita yaitu bagian tulang frontalis, fraktur sepertiga tengah (Le Fort II) yang dibatasi oleh tepi atas orbita dan tepi bawah baris gigi atas atau bagian maksila dan fraktur sepertiga bawah (*Le Fort I*) yang meliputi daerah maksila.

Menurut Barak & Hany (2021) klasifikasi dari fraktur maksila:

1) Fraktur Maksila Le Fort I

Fraktur maksila Le Fort I merupakan fraktur transversal yang melalui lantai rongga sinus maksila di atas gigi, sehingga memisahkan prosesus alveolaris, palatum dan prosesus pterigoid dari struktur tengkorak wajah di

atasnya. Fraktur tipe ini dikenal juga sebagai fraktur horizontal atau *Guerin's fracture*.

2) Fraktur maksila Le Fort II

Fraktur maksila Le Fort II membentuk patahan fraktur berbentuk piramida. Garis fraktur berjalan diagonal dari lempeng pterigoid melewati maksila menuju tepi inferior orbita dan ke atas melewati sisi medial orbita hingga mencapai hidung, sehingga memisahkan alveolus maksila, dinding medial orbita dan hidung sebagai bagian tersendiri. Fraktur tipe ini disebut juga fraktur pyramidal karena tampilan strukturnya jika dilihat dari arah koronal yang menyerupai sebuah piramida.

3) Fraktur maksila Le Fort III

Fraktur maksila Le Fort III merupakan fraktur yang melewati sutura zigomatikofrontalis, berlanjut ke dasar orbita hingga sutura nasofrontalis. Pada tipe ini tulang-tulang wajah terpisah dari kranium. Fraktur tipe ini dikenal sebagai *craniofacial dysjunction*.

c. Fraktur Kompleks Zigoma

Fraktur zigoma biasanya akibat suatu benturan pada korpus zigoma atau tonjolan malar. Dasar orbita juga dapat mengalami fraktur pada proses tersebut sehingga akan menimbulkan desakan pada cavum orbita dan diteruskan ke dinding-dinding cavum orbita, di mana daerah yang lemah adalah tepi medial bawah cavum orbita (*lamina papyracea*) menyebabkan terjadinya fraktur di daerah tersebut disertai bola mata masuk ke dalam (enoftalmus) disertai dengan terjepitnya otot rektus inferior di dalam patahan sehingga gerakan bola mata sangat terganggu dan mengalami diploopia gejala lain yaitu sekeliling mata kehitaman (*raccoon eyes*) (Yusanti & Estiko, 2023).

d. Fraktur Mandibula

Mandibula dapat fraktur disemua bagian dan fraktur dapat dikenali dengan rasa nyeri ketika mandibula diraba atau ditekan dengan lembut, dan menyebabkan gangguan oklusi geligi. Mandibula cenderung terkena cedera karena posisinya yang menonjol, sehingga sering menjadi sasaran pukulan dan benturan. Pada pemeriksaan harus diperhatikan adanya asimetri dan maloklusi. Pada palpasi dapat teraba garis fraktur dan mati rasa bibir bawah akibat kerusakan pada nervus mandibularis. Fraktur mandibula umumnya disertai dislokasi fragmen tulang sesuai dengan tonus otot yang berinsersi ditempat tersebut. Pada fraktur daerah dagu, otot akan menarik fragmen tulang ke arah dirsikaudal, sedangkan pada fraktur bagian lateral patahan tulang akan tertarik ke arah kranial (Saleh, 2020).

Sistem klasifikasi lain dari fraktur mandibula mengkategorikan jenis patahan seperti *greenstick*, *simple*, *comminuted*, dan fraktur majemuk. Fraktur *greenstick* adalah fraktur tidak lengkap yang melibatkan tulang yang fleksibel. Fraktur sederhana (*simple fracture*) adalah transeksi lengkap tulang dengan fragmentasi minimal di lokasi fraktur. Pada *comminuted fracture*, tulang yang retak dibiarkan dalam beberapa segmen. Luka tembak, luka tusuk, dan cedera benturan keras lainnya pada rahang sering mengakibatkan patah tulang kominutif. Fraktur majemuk (*compound fracture*) menyebabkan terbukanya tepi tulang terhadap lingkungan eksternal. Menurut definisi ini, dapat dikatakan bahwa setiap fraktur rahang dalam segmen rahang yang bergigi adalah fraktur terbuka atau *compound* (Saleh, 2020).

e. Fraktur Maksilofasial Multiple

Menurut Juwita et al., (2021) fraktur maksilofasial multiple terbagi atas:

1) Fraktur Nasoorbitoetmoidalis

Fraktur pada daerah nasoorbitoethmoid (NOE) yang terdiri dari tulang frontal, nasal, maksila, lakrimal, etmoid dan sfenoid sering terjadi karena benturan dengan kecepatan tinggi dan biasanya disertai trauma lain seperti toraks dan abdomen.

2) Fraktur Tripod

Fraktur tripod disebabkan oleh trauma tumpul yang kuat pada wajah. Fraktur tripod meliputi tiga titik pemisahan yaitu fraktur pada rima infraorbitalis, diastasis sutura zigomatikus-temporalis pada arkus zigomatikus. Pemeriksaan fisik dapat memperlihatkan asimetri wajah, perdarahan subkonjungtiva lateral, ekimosis periorbita, distopia vertikal, dan epistaksis.

3) Fraktur Panfasial

Fraktur panfasial adalah fraktur yang mencakup dua dari tiga area wajah yaitu tulang frontal, wajah tengah dan mandibula. Dengan pemeriksaan CT-scan 3D, keparahan dan pola fraktur pansial dapat ditentukan dengan seksama sehingga rekonstruksi dapat direncanakan dengan baik.

5. Patofisiologi

Fraktur biasanya disebabkan karena cedera/trauma/ruda paksa dimana penyebab utamanya adalah trauma langsung yang mengenai tulang seperti kecelakaan lalu lintas, olah raga, penyerangan, jatuh/latihan berat. Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang

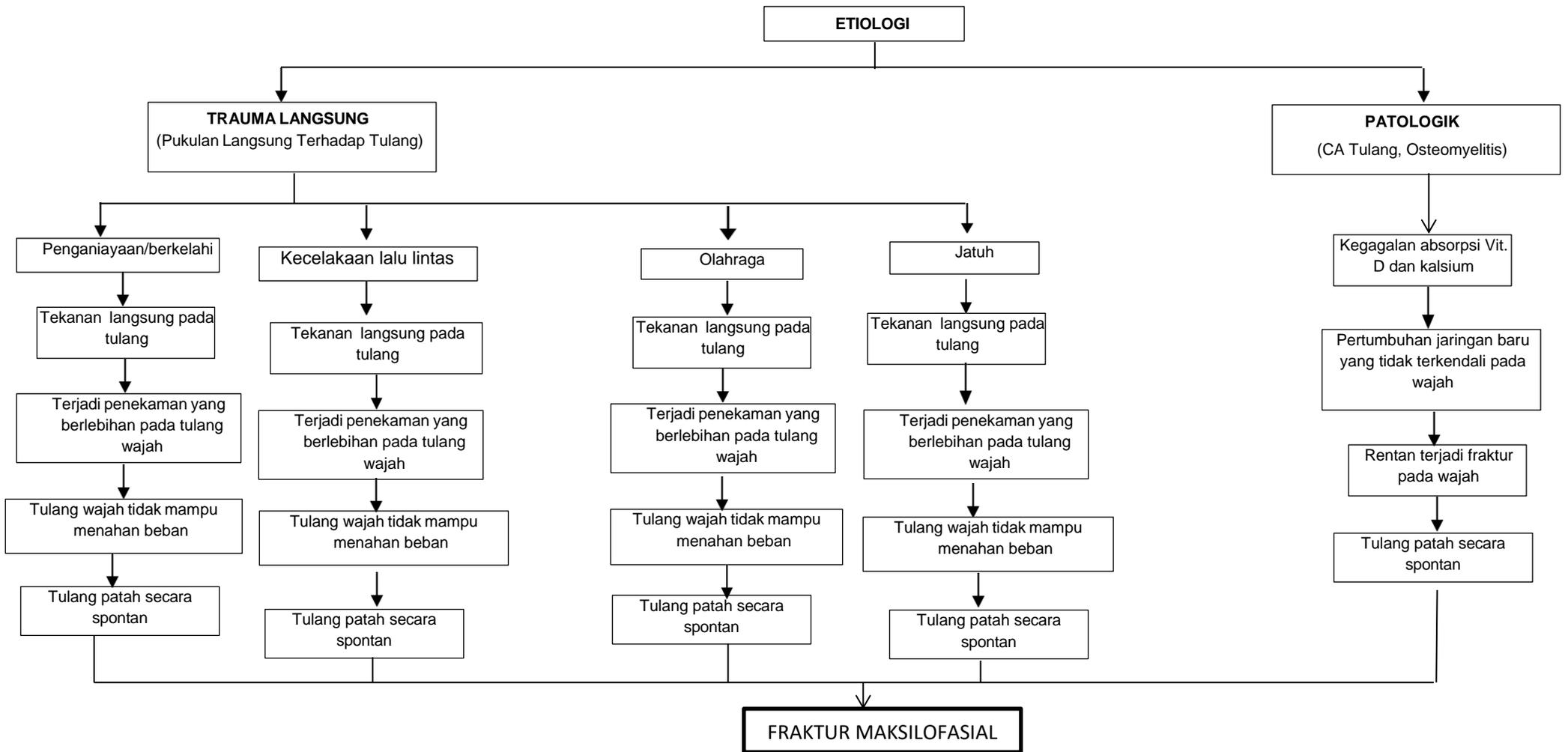
fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewat, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Selain itu fraktur juga bisa akibat stress fatigue (kecelakaan akibat tekanan berulang) dan proses penyakit patologis. Perubahan fragmen tulang yang menyebabkan kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah mengakibatkan pendarahan yang biasanya terjadi disekitar tempat patah dan kedalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, maka dapat terjadi penurunan volume darah dan jika COP menurun maka terjadilah perubahan perfusi jaringan (Nuzulia, 2023).

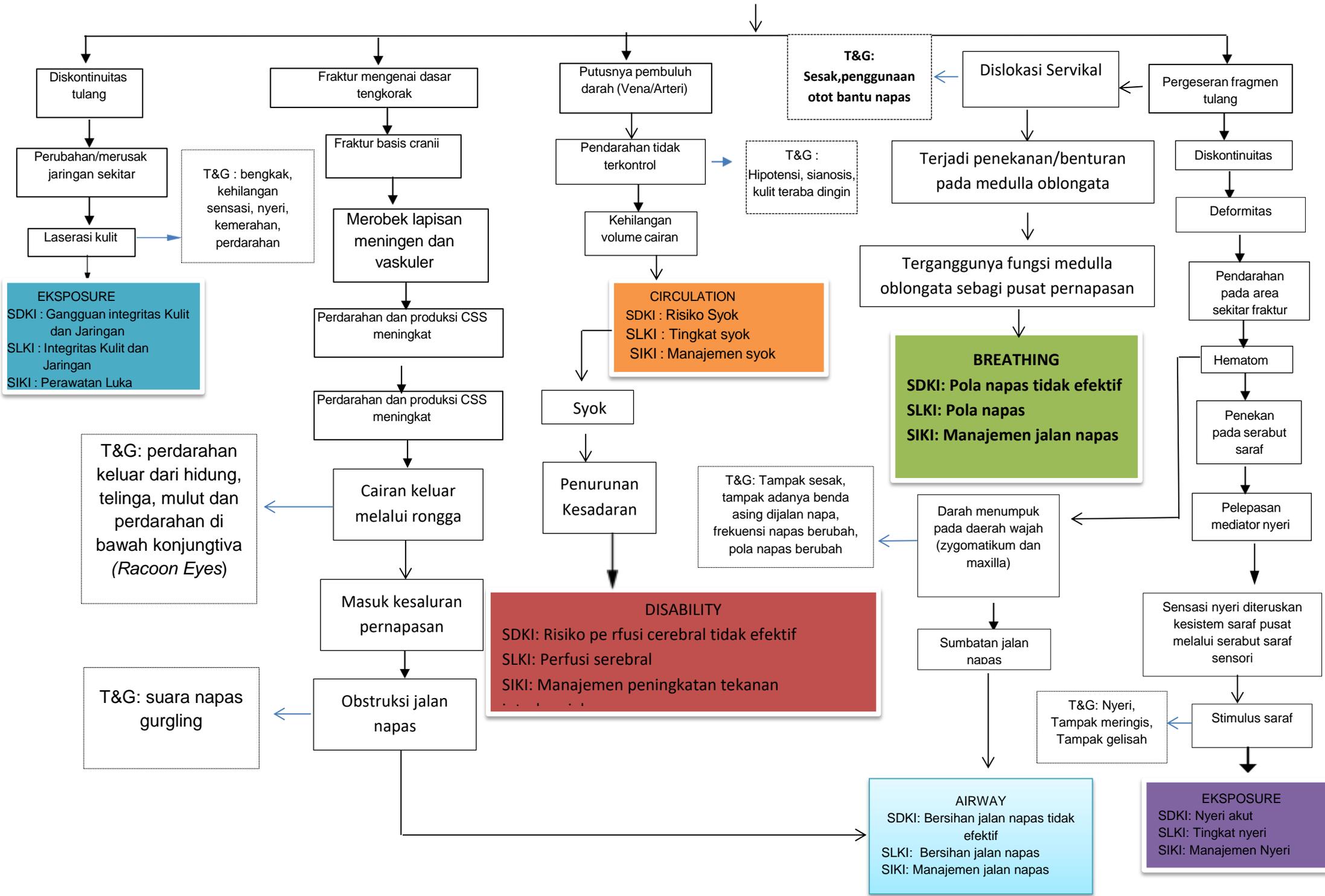
Selain itu perubahan perfusi perifer dapat terjadi akibat dari edema di sekitar tempat patahan sehingga pembuluh darah di sekitar mengalami penekanan dan berdampak pada penurunan perfusi jaringan ke perifer. Akibat terjadinya hematoma maka pembuluh darah vena akan mengalami pelebaran sehingga terjadi penumpukan cairan dan kehilangan leukosit yang berakibat terjadinya perpindahan, menimbulkan inflamasi atau peradangan yang menyebabkan pembengkakan di daerah fraktur yang menyebabkan terhambatnya dan berkurangnya aliran darah ke daerah distal yang berisiko mengalami disfungsi neuromuskuler perifer yang ditandai dengan warna jaringan pucat, nadi lemah, sianosis, kesemutan di daerah distal. Nyeri pada fraktur juga dapat diakibatkan oleh fraktur terbuka atau tertutup yang mengenai serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Kerusakan pembuluh darah kecil atau besar pada waktu terjadinya fraktur mengakibatkan terjadinya perdarahan hebat yang menyebabkan tekanan darah menjadi turun, begitu pula dengan suplay darah ke otak sehingga kesadaran pun menurun yang berakibat syok

hipovolemik. Ketika terjadi fraktur terbuka yang mengenai jaringan lunak sehingga terdapat luka dan kuman akan mudah masuk sehingga kemungkinan dapat terjadi infeksi dengan terkontaminasinya dengan udara luar dan lama kelamaan akan berakibat delayed union dan mal union sedangkan yang tidak terinfeksi mengakibatkan non union. Selain itu, akibat dari kerusakan jaringan lunak akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit (Nazirah et al., 2024).

Sewaktu tulang patah, perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut. Jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi peradangan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat tersebut. Fagositosis dan pembersihan sisa-sisa sel mati dimulai. Di tempat patahan terbentuk fibrin (hematoma fraktur) yang berfungsi sebagai jala-jala untuk melakukan aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati (Arifin, 2021).

PATOFLOW FRAKTUR MAKSILOFASIAL





6. Manifestasi klinis

Menurut Osinaike et al., (2021) gejala klinis dan tanda fraktur maksilofasial dapat berupa:

- a. Pembengkakan (edema) pada sisi fraktur sehingga dapat menentukan lokasi daerah fraktur.
- b. Diskolorasi perubahan warna pada daerah fraktur akibat pembengkakan.
- c. Memar (ekimosis) yaitu perdarahan di dalam kulit yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah.
- d. Krepitus merupakan rasa gemeretak yang terjadi pada bagian-bagian tulang yang saat diperiksa secara palpasi, akan teraba adanya krepitasi yang terjadi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya jika fraktur tertutup dan biasanya disertai edema.
- e. Hemoragi subkonjungtiva yaitu bercak merah di bagian putih mata akibat pecahnya pembuluh darah kecil.
- f. Perdarahan pada daerah fraktur yang dapat menyumbat saluran napas.
- g. Laserasi (robekan) yang terjadi pada daerah gusi, mukosa mulut dan daerah sekitar fraktur.
- h. Nyeri dirasakan langsung setelah terjadi trauma. Hal ini dikarenakan adanya spasme otot, tekanan dari patahan tulang atau kerusakan jaringan sekitarnya.
- i. Kelumpuhan (numbness) yang terjadi pada bagian bibir bawah, biasanya bila fraktur terjadi di bawah nervus alveolaris.
- j. Pada fraktur orbita dapat dijumpai penglihatan kabur atau ganda (diplopia), penurunan pergerakan bola mata dan penurunan visus.

- k. Trismus (lockjaw) yaitu terbatasnya rentang gerak rahang atau rahang tidak dapat terbuka seutuhnya akibat terjadinya trauma.
- l. Dislokasi, berupa perubahan posisi yang menyebabkan aloklusi terutama pada fraktur mandibula.

7. Tes Diagnostik

Menurut Edwyn (2020) tes diagnostik yang umumnya dilakukan yaitu :

a. Radiologi

1) Foto rontgen

Menentukan lokasi atau luas fraktur atau trauma yang terjadi. Hasil yang ditemukan pada kasus fraktur bisa berdasarkan lokasi fraktur itu sendiri misalnya fraktur tertutup zygomaticum sinistra, multiple fraktur tertutup os maxillaris.

2) CT-Scan

Pada pemeriksaan CT-scan akan memperlihatkan fraktur, dan mengidentifikasi kerusakan jaringan tulang. Menggambarkan potongan secara transversal dari tulang dimana didapatkan suatu struktur tulang yang rusak. Hasil yang ditemukan pada pasien fraktur bisa berdasarkan jenis fraktur itu sendiri misalnya fraktur tertutup dan terbuka.

3) MRI

Pemeriksaan ini untuk menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur. Misalnya pada kasus fraktur basis kranii MRI lebih sensitif untuk menilai kelainan intracranial khususnya mendeteksi diffuse axonal injury.

b. Laboratorium :

- 1) Pada hasil pemeriksaan darah, hemoglobin, hematokrit, leukosit. Hematokrit mungkin akan meningkat. Pada kasus fraktur terjadinya peningkatan jumlah leukosit merupakan sebuah respon infeksi.
- 2) Pada kasus pasien fraktur hasil kalsium serum dan fosfor dapat meningkat hal ini bisa terjadi pada tahap penyembuhan tulang.
- 3) Untuk pemeriksaan enzim otot seperti kreatinin kinase, laktat dehidrogenase (LDH-5) pada kasus fraktur hasilnya akan meningkat pada proses penyembuhan tulang.

8. Penatalaksanaan

Menurut Barak & Hany (2021) penatalaksanaan awal pada pasien dengan kecurigaan trauma maksilofasial yaitu meliputi:

- a. Periksa kesadaran klien.
- b. Perhatikan secara cermat wajah pasien: apakah asimetris atau tidak, apakah hidung dan wajahnya menjadi lebih pipih.
- c. Apakah ada hematoma:
 - 1) Fraktur zigomatikus
Terjadi hematoma yang mengelilingi orbita, berkembang secara cepat sebagai permukaan yang bersambungan secara seragam. Periksa mulut bagian dalam dan periksa juga sulkus bukal atas apakah ada hematoma, nyeri tekan dan krepitasi pada dinding zigomatikus.
 - 2) Fraktur nasal
Terdapat hematoma yang mengelilingi orbita, paling berat kearah medial.
 - 3) Fraktur Orbita
Apakah mata pasien cekung kedalam atau kebawah. Apakah sejajar atau bergeser. Apakah pasien bisa

melihat. Apakah dijumpai diplopia. Hal ini karena pergeseran orbita, pergeseran bola mata, paralisis saraf ke VI dan edema.

4) Fraktur pada wajah dan tulang kepala

Raba secara cermat seluruh bagian kepala dan wajah: nyeri tekan, deformitas, iregularitas, dan krepitasi. Raba tulang zigomatikus, tepi, orbita palatum dan tulang hidung, pada fraktur Le Fort tipe II atau III banyak fragmen tulang kecil sub cutis pada region ethmoid. Pada pemeriksaan ini jika rahang tidak menutup secara sempurna berarti pada rahang sudah terjadi fraktur.

5) Cedera saraf

Uji anestesi pada wajah (saraf infra orbita) dan geraham atas (saraf gigi atas).

6) Cedera gigi

Raba giginya dan usahakan menggoyangkan gigi bergerak abnormal dan juga disekitar.

Adapun penatalaksanaan konservatif meliputi :

- a. Bedrest total
- b. Observasi tanda-tanda vital (GCS dan tingkat kesadaran).
- c. Pemberian obat-obatan: dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema.
- d. Antibiotic yang mengandung barrier darah otak (pensilin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidasol (Ayu, 2020).

9. Tahapan Penyembuhan Tulang

Menurut Lumbantoruan et al., (2019) terdapat lima fase penyembuhan tulang yaitu:

a. Fase hematoma

Apabila terjadi fraktur, pembuluh darah kecil yang melewati

kanalikuli dalam sistem haversian mengalami robekan dalam daerah fraktur dan akan membentuk hematoma diantara kedua sisi fraktur. Hematoma yang besar diliputi oleh periosteum. Periosteum akan terdorong dan mengalami robekan akibat tekanan hematom yang terjadi dan mengakibatkan ekstrasvasasi darah ke dalam jaringan lunak. Osteosit dengan lakunanya yang terletak beberapa milimeter dari daerah fraktur akan kehilangan darah dan mati, yang akan menimbulkan suatu daerah cincin avaskular tulang yang mati pada sisi-sisi fraktur segera setelah trauma. Waktu terjadinya proses ini dimulai saat fraktur terjadi sampai 2-3 minggu.

b. Fase proliferasi seluler subperiosteal dan endosteal

Pada saat ini terjadi reaksi jaringan lunak sekitar fraktur sebagai suatu reaksi penyembuhan. Penyembuhan fraktur terjadi karena adanya sel-sel osteogenik yang berproliferasi dari periosteum untuk membentuk kalus eskterna serta pada daerah endosteum membentuk kalus interna sebagai aktivitas seluler dalam kanalis medularis. Apabila terjadi robekan yang hebat pada periosteum, penyembuhan sel berasal dari diferensiasi sel-sel mesenkimal yang berdiferensiasi ke dalam jaringan lunak. Pada tahap awal dalam penyembuhan fraktur ini terjadi penambahan jumlah sel-sel osteogenik yang memberi penyembuhan yang cepat pada jaringan osteogenik. Jaringan seluler tidak terbentuk dari organisasi pembekuan hematoma suatu daerah fraktur. Setelah beberapa pekan, kalus dari fraktur akan membentuk suatu massa yang meliputi jaringan osteogenik. Pada pemeriksaan radiologis kalus belum mengandung tulang sehingga merupakan suatu daerah radioluscent. Fase ini dimulai pada minggu ke 2-3 setelah terjadinya fraktur dan

berakhir pada minggu ke 4-8.

c. Fase pembentukan kalus (Fase union secara klinis)

Setelah pembentukan jaringan seluler yang tumbuh dari setiap fragmen sel dasar yang berasal dari osteoblast dan kemudian pada kondroblast membentuk tulang rawan. Tempat osteoblast diduduki oleh matriks interseluler kolagen dan perlekatan polisakarida oleh garam-garam kalsium membentuk suatu tulang imatur. Bentuk tulang ini disebut woven bone. Pada pemeriksaan radiologis kalus atau woven bone sudah terlihat pada minggu ke 2-6 yang merupakan indikasi radiologis pertama terjadinya penyembuhan fraktur.

d. Fase konsolidasi (Fase union secara radiologis)

Woven bone akan membentuk kalus primer dan secara perlahan-lahan diubah menjadi tulang yang lebih matang oleh aktivitas osteoblas yang menjadi struktur lamellar dan kelebihan kalus akan diresorpsi secara bertahap. Pada fase 3 dan 4 dimulai pada minggu ke 4-8 dan berakhir pada minggu ke 8-12 setelah terjadinya fraktur.

e. Fase remodeling

Bilamana union telah lengkap, tulang yang baru akan membentuk bagian yang menyerupai bulbus yang meliputi tulang tetapi tanpa kanalis medularis. Pada fase remodeling ini perlahan-lahan terjadi resorpsi secara osteoklastik, tetapi terjadi osteoblastik pada tulang dan kalus esterna secara perlahan-lahan menghilang. Kalus intermediet berubah menjadi tulang yang kompak dan berisi sistem haversian dan kalus bagian dalam akan mengalami peronggaan untuk membentuk sumsum. Pada fase terakhir ini dimulai dari minggu ke 8-12 dan berakhir sampai beberapa tahun dari terjadinya fraktur.

10. Komplikasi

Menurut nyoman et al., (2019) terdapat beberapa komplikasi pada fraktur maksilofasial:

a. Perdarahan

Komplikasi awal fraktur maksilofasial dapat berupa perdarahan ekstensif akibat pergeseran fragmen fraktur.

b. Infeksi

Infeksi pada luka maksilaris lebih jarang dibandingkan pada luka fraktur mandibular. Padahal luka terkontaminasi saat terjadi cedera oleh segmen gigi dan sinus yang juga mengalami fraktur. Infeksi akibat fraktur yang melewati sinus biasanya tidak akan terjadi kecuali terdapat obstruksi sebelumnya.

c. Kebutaan

Kebutaan juga dapat terjadi akibat perdarahan dalam selubung dural nervus optikus.

d. Kegagalan penyatuan tulang

Kegagalan penyatuan tulang yang mengalami fraktur, penyatuan yang salah, obstruksi sistem lakrimal, dan enoftalmus, kenampakan wajah juga dapat berubah (memanjang, retrusi).

e. Malunion

Mal Union adalah suatu keadaan dimana tulang yang patah telah sembuh pada posisi yang tidak seharusnya. Mal Union dapat diperbaiki dengan pembedahan dan reimobilisasi yang baik.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam melakukan asuhan keperawatan gawat darurat hal pertama yang dilakukan yakni melakukan pengkajian yang meliputi pengkajian primer dan pengkajian sekunder adalah sebagai berikut (Barak & Hany, 2021).

a. Pengkajian Primer (*Primary Survey*)

1) *Airway*

Pengkajian *airway* menunjukkan adanya sumbatan pada jalan napas seperti benda asing, sputum, cairan, atau tidak adanya sumbatan. Pada pasien fraktur maksilofasial masalah *airway* yang biasa timbul yaitu adanya pergeseran pada rahang atas sehingga dapat menghalangi nasofaring, adanya benda asing seperti patahan gigi, pecahan tulang, muntahan/darah bahkan perdarahan, baik dari pembuluh darah tertentu atau perdarahan hidung juga dapat menyebabkan penyumbatan saluran napas akibat terjadinya pembekuan darah (*stolsel*). Bunyi napas mungkin *gurgling*.

2) *Breathing*

Pada pengkajian *breathing* pada pasien fraktur maksilofasial biasanya didapatkan frekuensi, ritme atau irama napas pasien yang dangkal ditandai dengan sesak, serta ketidakteraturan pola napas. Amati apakah ada krepitasi yang terjadi di dada atau tubuh yang mengalami jejas yang dapat menimbulkan cedera di tempat lain yang tidak tampak.

3) *Circulation*

Pada pengkajian *circulation* pada pasien fraktur maksilofasial didapatkan gejala yang muncul yaitu penurunan tekanan darah akibat perdarahan yang terjadi.

Kaji tanda-tanda syok yaitu penurunan tekanan darah, kulit dingin, lembab dan nadi teraba lemah.

4) *Disability*

Disability dikaji dengan menggunakan:

a) skala AVPU:

(1) A (*alert*), yaitu merespon suara dengan tepat, misalnya mematuhi perintah yang diberikan.

(2) V (*vocalizes*), mungkin tidak sesuai atau mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti.

(3) P (*response to pain only*), harus dinilai semua keempat tungkai jika ekstremitas awal yang digunakan untuk mengkaji gagal untuk merespon.

(4) U (*unresponsive*), jika pasien tidak merespon baik stimulus nyeri maupun stimulus verbal.

b) Menilai tingkat kesadaran pasien baik secara kualitatif (Compos mentis-Coma) hingga kuantitatif (Motorik-Verbal Eye). Biasanya pasien dengan fraktur maksilofasial masih dalam kesadaran composmentis ketika masuk di rumah sakit, namun seiring dengan berjalannya waktu jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat maka pasien dapat jatuh dalam keadaan coma.

5) *Exposure*

Pengkajian ini dilakukan dengan menanggalkan pakaian pasien dan memeriksa cedera/jejas pada pasien secara *head toe*. Pada pasien fraktur maksilofasial biasanya ditemukan adanya jejas atau luka di area maxillary, zygomaticum, mandibula, sevikal, frontal dan dada serta perdarahan akibat benturan pada wajah. Kondisi lain yang dapat mempengaruhi pasien, seperti adanya laserasi, edema dan lainnya. Jika diduga memiliki cedera leher atau tulang belakang, imobilisasi *in-line* penting untuk dilakukan.

6) *Foley Chateter*

Pengkajian *foley chateter* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan kateter urine atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Dalam pengkajian ini juga perlu diketahui mengenai balance cairan, produksi urine dan warna dari urine apakah pekat atau jernih. Biasanya pada pasien trauma dan fraktur akan dipasangkan kateter urine untuk menghitung jumlah urine yang dikeluarkan oleh pasien dan untuk mengurangi aktivitas pasien untuk *toileting*.

7) *Gastric Tube*

Pengkajian *gastric tube* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan *nasogastric tube* atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Pemasangan *gastric tube* biasanya untuk mengurangi distensi abdomen dan memberikan obat. Pada pasien dengan fraktur maksilofasial biasanya tidak dipasangkan NGT karena mengingat fraktur terjadi dibagian hidung dan meminimalkan komplikasi lebih lanjut jika NGT dipasang seperti fraktur bertambah besar.

8) *Heart Monotoring*

Pengkajian *heart monitoring* dilakukan dengan menggunakan EKG terutama pasien yang bermasalah dengan jantungnya. Gambaran listrik jantung pada masing-masing orang berbeda terutama pada penderita jantung itu sendiri.

b. Pengkajian Sekunder (*Secondary Survey*)

Pengkajian sekunder merupakan pemeriksaan secara lengkap yang dilakukan secara *head to toe*, dari depan hingga belakang *secondary survey* hanya dilakukan setelah kondisi pasien mulai stabil, dalam artian tidak mengalami syok atau tanda-tanda syok mulai membaik. Menurut (Krausz &

Abu, 2020) anamnesis juga harus meliputi riwayat SAMPLE yang bisa didapat dari pasien dan keluarga:

1) Pengkajian SAMPLE

a) *Symtomp*

Gejala yang timbul, pada fraktur maksilofaisla yaitu dislokasi, pergerakan yang abnormal pada sisi fraktur, nyeri pada area fraktur, perdarahan pada area fraktur yang dapat menyumbat jalan napas, pembengkakan dan memar, krepitasi, laserasi, diskolorasi atau perubahan warna pada area fraktur.

b) *Alergi*

Adakah alergi pada pasien, seperti obat-obatan, alergi makanan dan lainnya.

c) *Medication*

Obat-obatan yang diminum seperti sedang menjalani pengobatan hipertensi, kencing manis, jantung, atau penyalahgunaan obat.

d) *Past medical history*

Riwayat medis pasien seperti penyakit yang pernah diderita yaitu osteomilitis ataupun kanker tulang.

e) *Last oral intake*

Obat yang baru saja dikonsumsi dan makanan terakhir yang dikonsumsi oleh klien.

f) *Events*

Riwayat kecelakaan yang dialami klien, pada tanggal berapa, pukul berapa terjadinya kecelakaan, tempat terjadinya kecelakaan serta bagaimana kecelakaan tersebut bisa terjadi.

2) Pengkajian nyeri (selain nyeri dada)

a) *Provoking incident*: Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.

- b) *Quality of pain*: Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region*: Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (scale) of pain*: Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuannya.
- e) *Time*: Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari (Rifai & Sugiyarto, 2021).

3) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala dan wajah: Jejas trauma apakah ada hematoma, laserasi, luka terbuka, depresi tulang, gigi patah atau tanggal. Cairan yang keluar melalui telinga, hidung dan mulut, *battlesign*, *raccoon eyes*. Wajah asimetris atau tidak. Refleks pupil isokor atau anisokor, diameter pupil dan reflex cahaya. Evaluasi nervi cranialis apakah ada lateralisasi atau tidak.
- b) Leher: jejas trauma, lokasi, jika ada secepatnya harus dilakukan stabilisasi dan imobilisasi untuk mencegah cedera baru akibat perlakuan. Pemeriksaan jejas di luar kepala yang berpotensi menyebabkan perdarahan baik yang nyata atau perdarahan internal (Rofi, 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada diagnosis fraktur maksilofasial berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017):

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas (D.0001).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142).
- d. Risiko syok dibuktikan dengan faktor risiko kekurangan volume cairan (D.0039).

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan ini sesuai dengan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) serta tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) pada pasien dengan diagnosa fraktur maksilofasial sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas.

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 6 jam, maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Produksi sputum/ darah menurun.
- 2) Dispneu menurun.
- 3) Frekuensi napas membaik.

SIKI: Manajemen jalan napas

- 1) Monitor pola napas (Frekuensi, kedalaman, usaha napas).
- 2) Pertahanan kepatenan jalan napas.
- 3) Posisikan semi-fowler.
- 4) Berikan oksigen, jika perlu.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

SLKI : setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x 6 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

1) Keluhan nyeri cukup menurun.

2) Meringis cukup menurun.

3) Gelisah cukup menurun.

SIKI: Manajemen nyeri

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).

3) Fasilitasi istirahat dan tidur.

4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

5) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

SLKI: setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x 6 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

1) Kemerahan cukup menurun.

2) Nyeri cukup menurun.

3) Bengkak cukup menurun.

SIKI: Pencegahan infeksi

1) Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik.

2) Berikan perawatan kulit pada area edema.

3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

d. Risiko syok dibuktikan dengan faktor risiko kekurangan volume cairan.

SLKI: setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x 6 jam tingkat syok menurun dengan kriteria hasil:

1) Kekuatan nadi meningkat.

- 2) Output urine meningkat.
- 3) Tingkat kesadaran meningkat.
- 4) Akral dingin menurun.
- 5) Pucat menurun.

SIKI: Pencegahan syok

- 1) Monitor status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP).
- 2) Monitor saturasi oksigenasi.
- 3) Monitor tingkat kesadaran.
- 4) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.
- 5) Pasangkan jalur IV.
- 6) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok.
- 7) Jelaskan tanda dan gejala awal syok.
- 8) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu.
- 9) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu.
- 10) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu.

5. Perencanaan Pulang (*Discharge planning*)

Menurut Rofi (2022) nutrisi merupakan faktor penunjang yang sangat penting untuk penyembuhan luka fraktur. Nutrisi yang baik untuk penyembuhan pasien fraktur adalah makanan yang tinggi protein, tinggi kalsium dan vitamin D sangat dibutuhkan karena dapat memperbaiki kondisi pada tulang dan mampu mempercepat masa penyembuhan luka. Salah satu nutrisi yang baik yaitu protein dimana dapat memperbaiki pembentukan kolagen dan infeksi dengan kadar albumin yang rendah. Makanan yang mengandung protein sangat baik terhadap proses penyembuhan luka operasi sehingga dapat mempercepat penyembuhan proses luka operasi. Selain itu perawatan untuk pencegahan infeksi dan minum obat dengan rutin sesuai dengan arahan dokter.

BAB III

ILUSTRASI KASUS

Pasien atas nama Tn. S usia 20 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 05 Mei 2024 pukul 02.30 WITA karena kecelakaan lalu lintas. Dari hasil pengkajian keluarga mengatakan pasien mengalami muntah 4 kali di rumah disertai pengeluaran darah dari hidung, telinga dan telinga berdenging. Pasien tampak lemah, tampak gelisah, tampak pengeluaran darah dari hidung dan telinga, pembengkakan pada wajah, lebam, dan bengkak pada kedua kelopak mata (*raccoon eyes*), adanya luka lecet pada bagian dada sebelah kanan dan punggung kaki kiri, tampak meringis, tampak pasien sesak.

Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah: 116/60mmHg, suhu:36,6⁰C, nadi: 78x/menit, frekuensi pernapasan 25x/menit, SpO2: 99%. Hasil *CT-scan kepala: multiple fraktur os maxillaris bilateral dan os zygomaticus dextra, hematosinus maxillaris bilateral, tidak ada perdarahan intracranial.*

Dari data di atas maka penulis mengangkat dua diagnosis keperawatan yaitu: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas, dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pasien diberikan tindakan suction dan tampon pada mulut yang terdapat darah, posisi semi fowler, tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit, tampak terpasang cairan RL 500 ml 20 tpm, terapi yang diberikan santagesik 2ml/iv, ranitidine 50 mg/iv, ambacin 1 gr/iv, citicoline 5cc/iv.

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Tn. S
Umur : 20 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tanggal/Jam MRS : 05 Mei 2024/ jam 02:30
Tanggal/Jam Pengkajian : 05 Mei 2024/ jam 02:35
Diagnosa Medis : Fraktur maksilofasial

2. Pengkajian

a. Keadaan Umum:

Tampak pasien lemah, tampak gelisah dan tampak pasien masuk ke IGD RS Bhayangkara Makassar dengan menggunakan brankar.

b. Triase

Prioritas 1 Prioritas 2 Prioritas 3 Prioritas 4
 Prioritas 5

Alasan (kondisi pada saat masuk):

Keluarga pasien mengatakan pasien telah mengalami kecelakaan dengan perdarahan dari telinga dan mulut, serta muntah 4 kali.

c. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

Tidak ada Neck collar Bidai Oksigen Infus RJP Lainnya: heacting pada jari sebelah kiri dengan jumlah heacting 2.

d. Keluhan Utama: Muntah Darah

Riwayat Keluhan Utama (Kaji Mekanisme Trauma Jika Pasien Trauma):

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan lalu lintas ± 5 jam yang lalu. Pasien kemudian di antar ke puskesmas terdekat untuk mendapatkan perawatan luka (heacting) dan di

izinkan pulang oleh dokter. Sekitar setengah jam yang lalu pasien muntah 4 kali di rumah disertai pengeluaran darah dari hidung dan telinga, pembengkakan pada wajah, telinga berdenging, lebam, dan bengkak pada kedua kelopak mata (*raccon eyes*), adanya luka lecet pada bagian dada sebelah kanan dan punggung kaki kiri. Sehingga keluarga memutuskan untuk membawa ke IGD RS Bhayangkara Makassar.

e. Riwayat Penyakit Terdahulu:

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu.

f. Survey Primer

1) *Airway dan Control Cervikal*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paten | Suara Napas: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tidak paten | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Benda asing | <input type="checkbox"/> Stridor |
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Snoring |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cairan/darah: Tampak darah | <input checked="" type="checkbox"/> Gurgling |
| keluar dari hidung, telinga dan | <input type="checkbox"/> Tidak ada suara |
| napas mulut sebanyak \pm 310cc | |
| <input type="checkbox"/> Lainnya: | |
| <input type="checkbox"/> Lidah jatuh | Fraktur servikal |
| <input type="checkbox"/> Spasme | <input type="checkbox"/> Ya |
| <input type="checkbox"/> Lainnya: | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |

Data lainnya: Tampak fraktur tertutup pada maxilaris bilateral dan zygomaticus dextra, saat diraba tulang zygomaticus tidak utuh.

2) *Breathing*

Frekuensi : 25x/menit

Saturasi Oksigen : 99%

 Napas Spontan Apnea Orthopnue Sesak

Tanda distress pernapasan:

 Retraksi dada interkosta Penggunaan otot bantu

Napas

 Cuping hidung

Suara Tambahan

 Wheezing Ronchi Rales Lainnya:tidak ada Irama

Irama pernapasan

 Teratur Tidak teratur Dalam Dangkal

Perkusi

 Sonor Pekak Redup

Lokasi: Dikedua lapang paru

Pengembangan Dada

 Simetris Tidak Simetris

Krepitasi

 Ya Tidak

Suara Napas

 Vesikuler Broncho-vesikuler Bronkhial

Distensi VenaJugularis

 Ya Tidak

Vocal Fremitus: Jejas
 getaran paru teraba sama Ya
 kiri dan kanan Tidak

Luka/Fraktur

Ya, sebutkan: Tampak luka lecet pada bagian dada
 sebelah kanan

Tidak

Data Lainnya: tidak ada

3) *Circulation*

Tekanan Darah : 116/60mmHg

Suhu : 36,6⁰C

Nadi Frekuensi : 78x/menit

Kulit dan ekstremitas

Tidak Teraba

Hangat

Kuat

Dingin

Lemah

Sianosis

Teratur

Pucat

Tidak teratur

CRT >2 detik

Edema

Mata cekung

Lainnya:

Ya

Tidak

Turgor kulit

Diaphoresi

Elastis

Ya

Menurun

Tidak

Buruk

Bibir

Lembab

Kering

Nyeri Dada

Tidak

Ya (Jelaskan PQRST)

Data Lainnya:

Perdarahan

Ya, Jumlah:310cc

Warna: merah segar
melalui hidung,mulut dan
telinga

Tidak

4) *Disability*

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Composmentis

Kuantitatif: M:6

V: terdapat tampon

E: edema dan lebam
kehitaman

Σ : tidak dapat dinilai

Refleks cahaya

Positif

Negatif

Pupil

Isokor

Anisokor

Patologis

Midriasis

Test Babinsky:

Fisiologis

Kaku kuduk

Ya

tidak

Uji Kekuatan Otot:

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5: Kekuatan penuh

Nilai 4: Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu menahan tekanan

Nilai 2: Tampak menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan jatuh

Nilai 1: Tampak kontraksi otot sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot tidak mampu bergerak

Kesimpulan : Uji kekuatan otot tangan kiri kanan dan kaki kiri kanan normal

Data Lainnya:

5) *Exposure*

(dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

Tidak ditemukan masalah

Luka

Jejas

Jelaskan: Tampak adanya luka lecet pada bagian dada sebelah kanan dan punggung belakang sebelah kanan dan punggung kaki kiri lecet.

Data Lainnya: tampak terdapat fraktur tertutup pada osmaxillaris bilateral dan terdapat krepitasi os zygomaticus

6) *Foley Chateter*

Terpasang, Output: 400cc/jam

Warna: kuning pekat

Tidak terpasang

7) *Gastric Tube*

Terpasang, Output:cc/jam

Warna:.....

Lainnya:.....

Tidak terpasang

8) *Heart Monitor*

Terpasang, Gambaran:.....

Lainnya:

Tidak terpasang

g. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil):

Riwayat Kesehatan SAMPLE

Symptomp:

Pembengkakan pada wajah, muncul edema dan lebam kehitaman pada kedua kelopak mata (*Raccon Eyes*), riwayat muntah, luka disekitar dada dan punggung belakang kanan, telinga berdenging.

Alergi:

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan obat-obatan maupun terhadap perubahan cuaca atau lingkungan.

Medikasi:

Tidak riwayat komsumsi obat-obatan tertentu.

Past medical history:

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya.

Last Oral Intake:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan nasi goreng 6 jam yang lalu sebelum ke RS Bhayangkara Makassar.

Events:

Keluarga mengatakan Pada hari sabtu tanggal 04 mei 2024 sekitar pukul 21.00 wita, diatas poros Manjailin, Dusun Manjailin Lompok, desa Manjailin, kecamatan Bajeng Barat, kabupaten Gowa. Berdasarkan keterangan saksi di TKP telah terjadi kecelakaan lalu lintas antara sepeda motor yamaha yang di kendarai Tn. S yang bergerak dari arah timur ke barat tiba-tiba di TKP bertabrakan dengan sepeda motor honda scopy yang di kendari oleh Tn. M yang bergerak dari arah barat ke timur, akibat dari kecelakaan lalu lintas tersebut korban Tn. S mengalami luka pada mulut dan punggung dan kaki kiri lecet. Di rawat di PKM puskesmas bajeng dan di rujuk ke RS Bhayangkara makassar.

Tanda-Tanda Vital:

TD : 110/70mmHg

FP : 22 x/menit

Nadi: 80x/menit

Suhu: 36,1⁰C

Saturasi: 99%

Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):

Tidak ada

Ya. Jelaskan:

P: Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh nyeri akibat benturan kecelakaan.

Q: Tidak dapat dikaji.

R: Keluarga pasien mengatakan nyeri berada pada wajah.

S: Tidak dapat dikaji.

T: Pasien mengeluh nyeri yang dirasakan menetap dan terus menerus.

Pengkajian Psikososial:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Merasa bersalah |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cemas | <input type="checkbox"/> Merasa putus asa |
| <input type="checkbox"/> Panik | <input type="checkbox"/> Perilaku agresif |
| <input type="checkbox"/> Marah | <input type="checkbox"/> Menciderai diri |
| <input type="checkbox"/> Sulit berkonsentrasi | <input type="checkbox"/> Menciderai orang lain |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tegang | <input type="checkbox"/> Keinginan bunuh diri |
| <input checked="" type="checkbox"/> Takut | <input type="checkbox"/> Lainnya: |
| <input type="checkbox"/> Merasa Sedih | |

Pengkajian *head to toe*:

- a) Keadaan rambut :Tampak kondisi rambut kotor karena terdapat darah yang sudah mengering.
- b) Hidrasi Kulit : Tampak CRT kembali <3 detik
- c) Palpebrae : Tampak edema dan lebam kehitaman pada kedua mata
- d) Konjungtiva : Tampak tidak anemis
- e) Sclera : Tampak tidak ikterik
- f) Pupil : Tampak isokor
- g) Hidung : Tampak perdarahan dari hidung
- h) Rongga Mulut :Tampak perdarahan dari rongga mulut
- i) Telinga : Tampak perdarahan di telinga
- j) Lidah : Tidak dapat dikaji

- k) Pharing : Tidak dapat dikaji
- l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- m) Abdomen
 - Inspeksi : Tampak datar
 - Palpasi : Tidak teraba massa
 - Perkusi : Terdengar bunyi tympani
 - Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 11x/menit
- n) Palpasi kandung
 - Kemih : Teraba kosong
- o) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- p) Mulut uretra : Tidak dapat dikaji
- q) Lengan dan tungkai
 - Atrofi otot : Negatif
 - Rentang gerak
 - Kaku sendi : Tidak ada
 - Paralisis : Tidak ada
 - Parese : Tidak ada
 - Fraktur : Tidak ada fraktur
- r) Kulit
 - Edema : Tidak ada edema
 - Ikterik : Tampak tidak icterik
 - Tanda peradangan : Tidak ada tanda peradangan
- s) Lesi : Tampak adanya luka lecet pada bagian dada sebelah kanan dan punggung belakang sebelah kanan dan punggung kaki kiri lecet.
- t) Jantung
 - Inspeksi : Tidak tampak Ictus cordis
 - Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V linea midklavikularis sinistra

Perkusi

- Batas atas jantung : ICS III
- Batas bawah jantung : ICS V
- Batas kanan jantung : Linea Stemalis dextra
- Batas kiri jantung : Linea mid aksilaris anterior

Auskultasi

- Bunyi jantung II A : Terdengar bunyi tunggal
- Bunyi jantung II P : Terdengar bunyi tunggal
- Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi tunggal
- Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi tunggal
- Bunyi jantung III : Terdengar irama
- Murmur : Tidak terdengar
- Uji saraf kranial : Tidak dapat dikaji

h. Pemeriksaan Penunjang

1) Foto rontgen

Kesan: foto thorax dalam batas normal

2) CT-Scan kepala

Kesan:

- multiple fraktur os maxillaris bilateral dan os zygomaticus dextra
- hematosinus maxillaris bilateral
- tidak ada perdarahan intracranial

3) Laboratorium

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	13.00 (H)	$10^3/uL$	4.0-10.0
RBC	4.38	$10^6/uL$	4.0-5.50
LMPH	9.0 (L)	%	10.0-50.0
NEUT	86.6 (H)	%	37.0-80.0
NEUT#	11.20 (H)	$10^3/uL$	2.00-7.00

4) Farmakoterapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

1. IVFD RL 500 ML 20 TPM
2. Santagesik 2 ml/iv
3. Ranitidine 50mg(2ml)/iv
4. Ambacin 1gram/iv
5. Citicoline 5cc/iv
6. Nasal kanul 4 liter

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/Umur : Tn. S/20 tahun

Ruang/Kamar : IGD/Ruang Bedah

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan lalu lintas ± 5 jam yang lalu - Keluarga pasien mengatakan sekitar setengah jam yang lalu pasien mengalami muntah 4 kali disertai pengeluaran darah dari hidung dan telinga. - Keluarga pasien mengatakan pasien merasakan telinga berdenging <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas tampak tidak paten - Tampak perdarahan dari hidung, mulut dan telinga ± 310cc - Tampak lebam dan bengkak pada kedua mata - Frekuensi pernapasan 25x/menit 	Adanya benda asing (darah) dalam jalan napas	Bersihkan jalan nafas tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat fraktur pada maxilaris bilateral - Saat diraba kedudukan zygomaticum dextra (krepitasi) tidak utuh - Kesan CT-scan: <ul style="list-style-type: none"> a) multiple fraktur os maxilaris bilateral dan os zygomaticus dextra b) hematosinus maxilaris bilateral c) tidak ada perdarahan intracranial 		
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien mengeluh nyeri akibat benturan kecelakaan - Q: Tidak dapat dikaji - R: Keluarga pasien mengatakan nyeri berada pada wajah - S: Tidak dapat dikaji - T: Pasien mengeluh nyeri yang dirasakan menetap dan terus menerus <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak pasien meringis kesakitan 	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri akut</p>

	- Tampak pasien gelisah		
--	-------------------------	--	--

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.S/20 tahun

Ruang/Kamar : IGD/Ruang Bedah

NO	Diagnosa Keperawatan
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas dibuktikan dengan dispnea, tidak mampu batuk, gelisah, frekuensi napas berubah, pola napas berubah
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri,tampak meringis, gelisah, pola napas berubah

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.S/20 tahun

Ruang/Kamar : IGD/Ruang Bedah

No	Prioritas Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Diharapkan (HYD)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d Adanya benda asing (darah) dalam jalan napas dibuktikan dengan dispnea, tidak mampu batuk, gelisah, frekuensi napas berubah, pola napas berubah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: -produksi sputum/ darah menurun -dispneu menurun -frekuensi napas membaik	Manajemen jalan napas Observasi: 1. Monitor pola napas 2. Monitor sputum atau darah Teraupetik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler 3. Berikan oksigen
2.	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri,tampak meringis, gelisah, pola	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	Manajemen nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi,

	<p>napas berubah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri cukup menurun - Meringis meringis cukup menurun - Gelisah cukup menurun 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan yang memberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pengcahan dan kebisingan) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	----------------------	---	--

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.S/20 Tahun

Ruangan/Kamar : IGD/ Ruang Bedah

Tanggal	DP	Jam	Implementasi Keperawatan	Perawat
05/05/2021	I	02:30	Memberikan posisi semi fowler atau fowler Hasil: - Pasien diposisikan semi fowler	Raya
	I	02:35	Memberikan oksigen Hasil: - Pasien terpasang nasal kanul 4 tpm	Resti
	I	02:40	Mempertahankan kepatenan jalan napas Hasil: - Melakukan suction dan tampon pada area mulut yang terdapat darah	Raya
	II	03:00	Berkolaborasi pemberian obat termasuk analgetik Hasil : - Santagesik 2 ml/iv	Resti
	I	03:05	Berkolarasi pemberian obat Hasil: - Ranitidine 50 mg/iv - Citicoline 5cc/iv - Ambacin 1 gram/iv	Raya
	II	03:10	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam Hasil :	Resti

			<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat dan akan mengajarkan kepada pasien bila pasien mengeluh nyeri 	
	II	03:30	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan)</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien diberikan lingkungan yang hangat, tenang dan pencahayaan agak redup 	Raya
	II	04:00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih nyaman istirahat setelah penjenguk dibatasi dan diberikan suasana minim stimulus 	Resti
	II	04:50	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih mengeluh nyeri area wajah - Tampak pasien masih sedikit gelisah - Tampak pasien masih meringis 	Raya
	I	05:30	<p>Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah tidak ada perdarahan diarea mulut - Tampak tidak ada darah dirongga mulut - Tampak jalan napas paten 	Resti

			<ul style="list-style-type: none">- Tidak terdengar suara gurgling- Tampak tampon telah dikeluarkan dari mulut perdarahan telah berhenti- Frekuensi napas: 22x/menit- SpO2: 99%	
--	--	--	--	--

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.S/20 Tahun

Ruangan/Kamar : IGD/ Ruang Bedah

Diagnosis	Tanggal	Jam	Evaluasi Keperawatan
I	05/05/2024	06:00	<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Adanya Benda Asing (Darah) Dalam Jalan Napas Dibuktikan Dengan Dispnea, Tidak Mampu Batuk, Gelisah, Frekuensi Napas Berubah, Pola Napas Berubah (D.0001)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah tidak ada perdarahan diarea mulut <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak ada darah dirongga mulut - Tampak jalan napas paten - Tidak terdengar suara gurgling - Tampak tampon telah dikeluarkan dari mulut perdarahan telah berhenti - Frekuensi napas: 22x/menit - SpO2: 99% <p>A: Bersihan jalan napas mulai meningkat</p> <p>P: Lanjutkan intervensi di ruangan rajawali</p>
II	05/05/2024	06:00	<p>Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik Dibuktikan Dengan Mengeluh Nyeri, Tampak Meringis, Gelisah, Pola Napas Berubah</p> <p>S:</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Keluarga mengatakan pasien masih mengeluh nyeri area wajah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien masih sedikit gelisah- Tampak pasien masih meringis <p>A: Tingkat nyeri belum menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi di ruangan rawat</p>
--	--	--	---

G. DAFTAR OBAT BAGI PASIEN

1. Farmakologi

a. Santagesik

- 1) Nama obat: Santagesik
- 2) Klasifikasi/golongan obat : Non-Steroidal anti-Inflammatory drugs (NSAID)
- 3) Dosis umum : Dosis 2-5 mL melalui injeksi intramuscular (melalui otot) atau intravena (pembuluh darah) sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10 mL/hari sebagai dosis harian.
- 4) Dosis untuk pasien bersangkutan : 2 ml/IV
- 5) Cara pemberian obat : IV/IM.
- 6) Mekanisme kerja obat dan fungsi obat : Santagesik mengandung Metamizole sodium anhydrate yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat, seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera, nyeri berat yang berhubungan dengan spasme otot polos (akut atau kronik) misalnya spasme otot atau kolik yang mempengaruhi the gastrointestinal tract (GIT), ginjal, atau saluran kemih bagian bawah.
- 7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mengatasi nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur maksilofasial.
- 8) Kontra indikasi : Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat santagesik.
- 9) Efek samping obat :
 - Reaksi alergi parah (anafilaksis)
 - Sesak nafas
 - Gatal
 - Ruam
 - Angioedema berat atau bronkospasme

- Aritmia kordis
- Tekanan darah rendah

b. Ranitidine

- 1) Nama obat: Ranitidine
- 2) Klasifikasi/golongan obat: Golongan antagonis reseptor obat histamine H₂
- 3) Dosis umum: Dewasa 150 mg 2-3 kali sehari, maksimal 6000 mg per hari. Anak 5-10 mg/kg BB per hari, dibagi menjadi 2 dosis. Dosis maksimal 600 mg per hari
- 4) Dosis untuk pasien: 50 mg/IV
- 5) Obat injeksi: Injeksi IM 50 mg (tanpa pengenceran) tiap 6-8 jam. Injeksi IV 50 mg (2ml) tiap 6-8 jam
- 6) Dosis untuk pasien : 1 Amp/12 jam/iv
- 7) Cara pemberian obat : IV/IM
- 8) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja dengan cara menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamine H₂, yang sangat berperan dalam sekresi lambung. Penghambatan kerja reseptor H₂ menyebabkan produksi asam lambung menurun baik dalam kondisi istirahat maupun adanya rangsangan oleh makanan, histamine, pentagastrin, kafein dan insulin.
- 9) Alasan pemberian obat pada pasien: Untuk mengobati penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung. Seperti sakit maag dan tukak lambung.
- 10) Kontraindikasi: Pasien dengan riwayat porfiria akut.
- 11) Efek samping: Sakit kepala, konstipasi, diare, mual, rasa tidak nyaman/nyeri perut, pusing.

c. Ambacin

- 1) Nama obat: Antibiotik Sefalosforin
- 2) Dosis umum : Dosis 750 mg-1,5 g
- 3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr/ IV

- 4) Cara pemberian obat : Ambacin diberikan melalui injeksi intravena pada bolus selang infus.
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mekanisme kerja dari ambacin yaitu digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas atas dan bawah, saluran kemih dan kelamin, kulit dan jaringan lunak. Ambacin mengandung cefuroxime yang digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri. Obat ini termasuk golongan obat yang dikenal sebagai antibiotik sefalosporin. Obat ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri.
- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengatasi infeksi bakteri pada pasien yang mengalami fraktur.
- 7) Kontra indikasi: Tidak boleh diberikan pada pasien yang hipersensitifitas atau alergi dengan sefalosporin
- 8) Efek samping obat:
 - Gangguan gastrointestinal (masalah lambung)
 - Perubahan hematologic (perubahan darah)
 - Superinfeksi
 - Rasa sakit pada tempat injeksi (intra muscular)
 - Kadang tromboflebitis (pembengkakan pada vena pada injeksi intravena)

d. Citicoline

- 1) Nama obat: citicoline
- 2) Dosis umum : Dosis 500-1000 mg IV/IM / 24 jam
- 3) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 cc / IV
- 4) Cara pemberian obat : Citicoline diberikan melalui injeksi intravena pada bolus selang infus.
- 5) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mekanisme kerja dari citicolin yaitu memperbaiki membrane sel saraf melalui peningkatan sintesis phosphatidylcholine, kemudian

memperbaiki neuron kolinergik, yang rusak melalui potensial dari produksi asetilkolin, lalu mengurangi penumpukan asam lemak bebas pada kerusakan sphingomyelin setelah suatu keadaan ischemia. Citicoline digunakan untuk mengobati penyakit alzheimer dan jenis demensia lainnya, luka dikepala, stroke, penyakit parkinson serta glaucoma. Selain itu fungsi obat citicolin adalah untuk meningkatkan metabolisme glukosa di otak serta meningkatkan jumlah oksigen ke otak.

- 6) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk meningkatkan jumlah oksigen ke otak.
- 7) Kontra indikasi: hindari penggunaan citicoline apabila kamu seperti hipersensitif pada kandungan obat.
- 8) Efek samping obat : efek samping yang mungkin terjadi seperti diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut, kelelahan, pusing, sakit kepala, ruam, hipotensi.

2. Non Farmakologi

a. Terapi cairan RL 500 ml

Ringer laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antara lain luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan komposisi elektrolit, satu liter cairan ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan 1,5 mmol/L. Anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengoreksi keadaan asidosis, sehingga ringer laktat baik untuk mengoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar di metabolisme melalui proses glukoneogenesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan

satu mol bikarbonat.

b. Terapi oksigen O₂ nasal kanul

Nasal kanul merupakan alat terapi oksigen dengan system arus rendah yang digunakan secara luas. Nasal kanul terdiri darisepasang tube dengan panjang kurang lebih 2 cm yang akan dipasangkan pada lubang hidung pasien dengn tube dihubungkan secara langsung menuju oksigen flow meter. Nasal kanul arus rendah mengalirkan oksigen ke nasofaring dengan aliran 1-6 liter/menit dengan fraksi oksigen (O₂) (Fi-O₂) antara 24-44%.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn. S umur 20 Tahun dengan diagnosa fraktur maksilofasial di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Kota Makassar selama 1 x 6 jam pada tanggal 05 Mei 2024. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis di dalam pengumpulan data-data dan berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan data Tn. S usia 20 tahun masuk di Instalasi Gawat Darurat dengan diagnosis medik fraktur maksilofasial. Keluarga mengatakan pasien mengalami kecelakaan lalu lintas pada hari tanggal 04 Mei 2024 pada pukul 21:00, pasien mengeluh merasa nyeri pada area wajah. Pasien sempat dirawat selama beberapa jam di puskesmas terdekat hanya dilakukan perawatan luka biasa dan tidak ada perawatan ataupun pengobatan lebih lanjut sampai pasien diizinkan pulang ke rumah oleh dokter. Kemudian kurang lebih setengah jam yang lalu keluarga pasien memutuskan untuk dibawa ke rumah sakit karena pendarahan pada telinga dan hidung, muntah darah sebanyak 4 kali, edema dan lebam kehitaman pada area mata. Pada saat dilakukan pengkajian penulis juga menemukan tanda

dan gejala pada pasien berupa keadaan umum pasien tampak lemah, pasien terus-menerus meringis, tampak pasien gelisah, luka-luka pada area ekstremitas, mulut, dada sebelah kanan, serta terdapat jahitan pada tangan sebelah kiri. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD:116/60 mmHg, N: 78 x/menit, S: 36,6°C, P: 25 x/menit, spO₂: 99%.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditemukan faktor risiko dari fraktur maksilofasial yang dialami pasien adalah trauma yang terjadi saat pasien mengalami kecelakaan motor dengan pengendara lain yang dimana mengenai wajah pasien. Fraktur maksilofasial adalah suatu trauma yang menimpa struktur wajah sehingga dapat menimbulkan kelainan struktural pada wajah. Fraktur maksilofasial adalah hilangnya kontinuitas pada tulang-tulang pembentuk wajah akibat langsung dari trauma. Tulang-tulang maksilofasial merupakan tulang-tulang pembentuk tengkorak bagian depan, terdiri dari tulang-tulang pipih dan menonjol seperti tulang nasal, zigoma, maksila dan mandibula. Hal inilah yang menyebabkan sehingga tulang-tulang maksilofasial lebih rentan terkena trauma dan terjadi fraktur (Juncar, et all, 2021).

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari fraktur maksilofasial terdiri atas pukulan benda langsung, kecelakaan kendaraan, jatuh dari ketinggian, cedera olahraga, dan penyebab predisposisi seperti usia >30 tahun dan pada wanita yang sudah menopause serta penyakit sistemik lainnya. Kecelakaan lalu lintas adalah penyebab utama trauma maksilofasial yang dapat membawa kecacatan bahkan kematian. Pada zygoma dan rahang adalah tulang yang paling umum patah selama serangan. Kecelakaan kendaraan bermotor menghasilkan patah tulang yang sering melibatkan midface, terutama pada pasien yang tidak memakai pelindung kepala/helm. (Petrus, 2023).

Sementara pada pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan penyebab dari fraktur maksilofasial adalah kecelakaan motor dengan pengendara motor lainnya yang dialami beberapa jam yang lalu.

Pada Tn. S didapatkan hasil CT-scan dengan kesan *Multiple Fraktur Os maxillaris bilateral dan Os Zygomaticus Dextra* yaitu putusnya kontinuitas tulang akibat kecelakaan lalu lintas sebagai fenomena yang relative umum dengan banyaknya etiologi. Akibat dari benturan yang keras membuat terjadinya gangguan jalan napas karena terjadi perdarahan, pembengkakan dan secret mulut dapat membahayakan jalan napas pasien. Tindakan suction (penghisapan darah) dan tampon mulut sebagai upaya untuk membebaskan jalan napas serta menyarankan teknik relaksasi napas dalam sebagai upaya untuk meringankan nyeri yang dialami pasien akibat dari kecelakaan.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat dua diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Diagnosis pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian yang didapatkan saat masuk pasien tampak jalan napas tidak paten (tampak darah pada jalan napas), tampak terdapat perdarahan pada hidung, mulut dan telinga, tampak pasien sesak, pasien tidak mampu batuk, frekuensi napas 25x/menit, pola napas dangkal, saturasi oksigen 99%, saat diraba kedudukan zygomaticum dextra tidak utuh.

- b. Diagnosis kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Penulis mengangkat diagnosis ini karena hasil pengkajian ditemukan keadaan umum pasien lemah, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien gelisah, dan pasien mengeluh nyeri dirasakan menetap dan terus menerus.

Adapun diagnosis keperawatan menurut teoritis yang tidak kami angkat dalam kasus ini yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami penurunan pada saturasi oksigen dan tidak terdapat penggunaan otot bantu napas.
 - b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena saat dikaji pasien tidak memiliki kerusakan integritas kulit/jaringan yang perlu dilakukan perawatan yang serius.
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pasien tidak mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot baik, tidak nyeri saat melakukan pergerakan dan rentang gerak masih dalam keadaan normal.
3. Perencanaan keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hasil yang diharapkan, intervensi dan rasional tindakan. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata, hal ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memfokuskan pada tindakan mandiri, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah monitor pola napas, monitor sputum atau darah, pertahankan kepatenan jalan napas, berikan posisi semi fowler, berikan oksigen (nasal kanul).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan selama 1 x 6 jam dengan kerja sama dengan perawat IGD dan sesama mahasiswa. Diganosis yang pertama bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas ,diagnosis yang dua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Selama 1 x 6 jam penulis telah melakukan semua tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun penulis.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang di lakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 1 x 6 jam (05 Mei 2024) adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosis pertama yaitu Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan rajawali, penulis menyimpulkan bahwa masalah keperawatan bersihan jalan napas mulai meningkat yang dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan sudah tidak ada perdarahan di area mulut, tampak tidak ada darah di rongga mulut, tampak jalan napas paten, tidak terdengar suara gurgling, frekuensi napas 22x/menit, SpO₂: 99%.
- b. Diagnosis dua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan rajawali, penulis menyimpulkan bahwa masalah keperawatan nyeri akut belum menurun yang dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh nyeri area wajah, tampak pasien sedikit gelisah, tampak pasien masih meringis.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

P : Pasien fraktur maksilofasial dengan bersihan jalan napas

I : Suction (penghisapan darah)

C: Tidak ada intervensi pembanding

O: Bersihan jalan napas meningkat

Pertanyaan: Apakah suction efektif untuk meningkatkan bersihan jalan napas?

1. Judul EBN: Pengaruh tindakan suction terhadap peningkatan bersihan jalan napas pada pasien fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

- a. Diagnosis keperawatan
 - 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya benda asing (darah) dalam jalan napas
- b. Luaran yang diharapkan
 - 1) Produksi sputum/ darah menurun
 - 2) Dispneu menurun
 - 3) Frekuensi napas membaik
- c. Intervensi prioritas mengacu pada EBN
Terapeutik: Pertahankan kepatenan jalan napas (Suction).
Pada pasien dengan keadaan sadar tindakan suction dilakukan dengan cara memiringkan kepala pasien dan atur posisi semi fowler agar tidak terjadi gangguan pada fungsi refleks. Pemberian suction pada Tn. H diberikan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas agar meminimalkan terjadinya risiko aspirasi, penurunan saturasi oksigen dan peningkatan frekuensi napas yang dapat menyebabkan terjadinya sesak napas.
- d. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
 - 1) Pengertian tindakan
Suction merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut kedalam pharyng atau trachea. Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan terapi oksigen dapat dinilai dari respiratori rate (RR), Heart Rate (HT) dan Saturasi Okigen dengan menggunakan oksimetri (Santos, 2019).
 - 2) Tujuan/rasional
Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas

3) PICOT EBP

Tabel 4.1 PICOT EBP

No	Informasi Artikel	Populasi	Intervensi	Comparassion	Outcome	Time
1.	Judul : Asuhan keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien dengan cedera kepala berat di IGD RSUD karangasem Tahun : 2021 Penulis : Ni nyoman sri artini Publikasi : Poltekes Kemenkes Denpasar	Subyek dalam penelitian ini adalah pasien yang berjumlah 2 orang (Ny. W usia 55 tahun dan Tn. B usia 18 tahun) yang mengalami Cedera Kepala Berat	Studi kasus ini mengeksplorasi masalah pada klien dengan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif. Peneliti memberikan tindakan Suction (Penghisapan lendir/darah) selama kurang dari 15 detik	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembeding	Hasil evaluasi dari intervensi melakukan suction kepada kedua pasien kelolaan yaitu bersihan jalan napas membaik. Pemberian pengisapan (suction) efektif dapat meningkatkan bersihan jalan napas	2021

2.	<p>Judul : Penatalaksanaan emergensi pada trauma oromaksilofasial disertai fraktur basis kranii anterior Tahun : 2017 Penulis : Agus Dwi Sastrawan, Endang Sjamsudin, Ahmad Faried Publikasi: Majalah Kedokteran Gigi Indonesia</p>	<p>Subyek dalam penelitian ini adalah pasien yang berjumlah 1 orang</p>	<p>Peneliti memberikan usaha untuk membebaskan jalan nafas dilakukan dengan menjaga jalan nafas dari perdarahan intra oral dengan tindakan suctioning</p>	<p>Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding</p>	<p>Didapatkan hasil jalan nafas pada pasien ini didapati Airway clear with C-Spine control, perdarahan intra oral, dan tidak mengganggu jalan nafas, serta tidak terdapat obstruksi.</p>	<p>31 Agustus 2017</p>
3.	<p>Judul : Fraktur midfasial dengan intoksikasi</p>	<p>Subyek dalam penelitian ini adalah pasien</p>	<p>Pada primary survey peneliti melakukan suction dengan</p>	<p>Penelitian ini tidak menggunakan</p>	<p>Hasil evaluasi didapatkan pada pasien trauma wajah yang disertai</p>	<p>Desember 2017</p>

<p>alkohol: emergensi dan elektif Tahun : 2017 Penulis : Nur Huda Alimin, Asri Arumsari, Fathurachman Publikasi: Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjajaran, RSUP Dr. Hasan Sadikin, Bandung, Jawa Barat, Indonesia</p>	<p>yang berjumlah 1 orang (Laki-laki usia 38 tahun) yang mengalami cedera kepala ringan</p>	<p>memiringkan bagian kepala karena pasien dalam keadaan sadar dan adanya perdarahan dari rongga mulut</p>	<p>intervensi pembedahan</p>	<p>intoksikasi adalah mengamankan jalan nafas serta menghentikan perdarahan utamanya perdarahan intraoral yang masif dan diperoleh jalan nafas bersih setelah dilakukan suction.</p>	
---	---	--	------------------------------	--	--

4) Kesimpulan/Hasil EBN

Apakah tindakan suction dapat meningkatkan bersihan jalan napas pada pasien yang mengalami sumbatan jalan napas? Hasil penelitian ini sesuai dalam teori dan beberapa hasil penelitian dimana terdapat perbedaan bersihan jalan napas yang dirasakan oleh responden antara sebelum dan sudah diberikan tindakan suction di RSUD Karangasem. Penghisapan (suction) adalah aspirasi sekret melalui sebuah kateter yang disambungkan ke mesin pengisap atau saluran pengisap yang ada di dinding. Pengisapan dapat dilakukan melalui nasofaring, orofaring dan intubasi endotrakeal. Suction adalah tindakan untuk membersihkan jalan nafas dengan memakai kateter penghisap melalui nasotracheal tube (NTT), orotracheal tube (OTT), tracheostomy tube (TT) pada saluran pernafasan bagian atas, bertujuan untuk membebaskan jalan nafas dari darah ataupun mengurangi retensi sputum (secret). Pada awal pengkajian pasien 1 : Pasien tampak bernapas spontan tanpa alat bantu dan tampak pola napas abnormal (cheyne stokes), riwayat muntah, tampak adanya darah pada jalan napas (rongga mulut), tampak gelisah, terdengar suara gurgling, tampak pasien mengalami fraktur mandibular, pasien tidak mampu batuk, TD: 150/90 mmHg, N: 60 X/menit, RR: 28 X/menit S: 36,6°C, CRT < 3 detik, SaO₂: 94% terdapat luka terbuka pada kepala, penurunan kesadaran dengan GCS E2 V2 M4. Dan pada pasien 2 : Pasien tampak bernapas spontan tanpa alat bantu dan tidak tampak sesak, tampak adanya darah dari hidung, dan riwayat muntah, tampak adanya darah pada jalan nafas. TD: 100/70 mmHg, N: 72 X/menit, RR: 22 X/menit S: 37,5°C, SaO₂: 94%. Tampak jejas pada daerah sekitar hidung, tampak pasien mengalami fraktur nasal, terdengar suara ronkhi, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan

GCS E1 V1 M5. Peneliti mendapatkan evaluasi akhir dari 1 X 2 jam tindakan keperawatan pada pasien 1 & 2 yang dilakukan dengan diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan napas teratasi sebagian yaitu suara gurgling menurun, pola nafas membaik, serta frekuensi nafas membaik. Pada penelitian Agus Dwi Sastrawan, Endang Sjamsudin, Ahmad Faried didapatkan Pemeriksaan jalan nafas pada pasien ini didapati Airway clear with C-Spine control, perdarahan intra oral, dan tidak mengganggu jalan nafas, serta tidak terdapat obstruksi. Usaha untuk membebaskan jalan nafas dilakukan dengan menjaga jalan nafas dari perdarahan intra oral dengan tindakan suctioning dan melindungi vertebra servikal serta dengan pemasangan airway definitif jika diperlukan. Pada penelitian Nur Huda Alimin, Asri Arumsari, Fathurachman didapatkan urutan yang paling penting pada ATLS adalah memelihara patensi jalan nafas, permasalahan jalan nafas pada pasien dengan trauma maksilofasial adalah kehilangan dukungan lidah perdarahan pada daerah orofaringeal, benda asing, dan trauma midfasial maka hasil primary survey diperoleh jalan nafas bersih setelah dilakukan suction karena adanya perdarahan dari rongga mulut, pernafasan dan sirkulasi dalam batas normal dengan tidak ditemukan tanda-tanda syok, GCS 14 (E3M6V5), dan secondary survey dalam batas normal.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan pembahasan kasus yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. S dengan fraktur maksilofasial di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pasien dengan nama Tn. S umur 20 tahun masuk Rumah Sakit pada tanggal 05 Mei 2024 dengan diagnosis medik fraktur maksilofasial dengan keluhan utama muntah darah. Saat dilakukan pengkajian keluhan yang dialami pasien adalah nyeri pada wajah terus menerus, sesak nafas, muntah 4 kali, dan muncul edema dan lebam kehitaman pada kedua kelopak mata dan pendarahan pada telinga dan hidung, terdapat luka pada mulut dan punggung, kaki kiri terdapat lecet. Observasi tekanan darah 116/60 mmHg, frekuensi nafas 25 x/menit, irama pernapasan tidak teratur, SpO₂ 99%, suhu 36,6°C, nadi 78x/menit, dan terdapat pendarahan sebanyak ± 310cc, GCS M:6 V:3 E:4 = 13 (Composmentis). Pasien riwayat kecelakaan motor dengan pengendara motor lainnya sekitar 5 jam yang lalu.

2. Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian penulis menganalisis data sehingga menemukan 2 masalah keperawatan yang ada pada pasien yaitu:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Adanya benda asing (darah) dalam jalan napas dibuktikan

dengan dispnea, tidak mampu batuk, gelisah, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, pola napas berubah.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dilakukan meliputi, manajemen jalan napas, monitor pola napas, monitor sputum atau darah, pertahankan kepatenan jalan napas, berikan tindakan suction, tampon pada mulut, posisi semi fowler, berikan oksigen. Manajemen nyeri meliputi, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, kontrol lingkungan yang memberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan seluruhnya dilaksanakan dengan melibatkan atau bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh yaitu bersihan jalan napas teratasi sebagian dan nyeri akut belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi instalasi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu pelayanan yang profesional dan pengalaman serta fasilitas yang memadai khususnya untuk menangani pasien-pasien dengan kasus fraktur maksilofasial diinstalasi gawat darurat agar pasien mendapatkan penanganan dengan cepat dan tepat sehingga tidak menimbulkan komplikasi

pada pasien serta meningkatkan kepuasan keluarga dengan pelayanan yang diberikan Rumah Sakit.

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan untuk dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dan praktik keperawatan terlebih dalam kegawat daruratan dalam memberikan pelayanan yang lebih komperhensif pada pasien dengan fraktur maksilofasial.

3. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan untuk institusi pendidikan menambah lagi literatur yang boleh dijadikan referensi bagi peneliti-peneliti selanjutnya mengenai fraktur maksilofasial sehingga memudahkan untuk peneliti-peneliti selanjutnya untuk mencari literatur yang berhubungan dengan kasus fraktur maksilofasial.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimin, N. H., & Arumsari, A. (2022). Studi kasus fraktur midfasial dengan intoksikasi alkohol: emergensi dan elektif. *Bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjajaran*, 126–131.
- Annette, D. (2023). Farmakologi bedah mulut dan maksilofasial. *Airlangga University Press*.
- Arifin. (2021). Penatalaksanaan pasien cedera kepala dengan fraktur panfasial dan pneumosefalus. *Universitas Padjajaran Fakultas Kedokteran Gigi*, 1–9.
- Ayu, R. W. (2020). Penatalaksanaan fraktur maksilofasial dengan teknik splinting. *Fakultas Kedokteran Universitas Undayana*, 5(1), 25-28.
- Barak, M., & Hany, B. (2021). Airway management of the patient with maxillofacial trauma: review of the literature and suggested clinical approach. *Biomed Research International*, 2015.
<https://doi.org/10.1155/2015/724032>
- Bernado, P., & Rahajoe, P. S. (2020). Parestesi pada fraktur kompleks zigomatikomaksilaris paresthesia in zygomaticomaxillary complex fractures. *Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Gadjah Mada Ilmu Bedah Mulut dan Maksilofasial*, 189–194.
- Edwyn, S. (2020). Fraktur maksila tulang wajah sebagai akibat trauma kepala kaitannya dengan kedokteran gigi. *Universitas muhammadiyah yogyakarta*.
- Juwita, N., Zulfikar, W., & Restuastuti, T. (2021). Gambaran penderita fraktur maksilofasial di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru periode januari. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*.
- Krausz, A. A., & Abu, I. (2020). Pasien trauma maksilofasial: mengatasi kesulitan jalan napas. *Jurnal Darurat Dunia Operasi*, 7, 1–7.
<https://doi.org/10.1186/1749-7922-4-21>

- Lumbantoruan, P., Fitriany Y., Absa J, B., & Nasikah Maulin. (2019). BTCLS and Disaster Management. *Medhatama Restyan*, 130-133.
- Marlina, L., & Utomo, B. (2020). Tatalaksana trauma wajah dengan panfasial fraktur. *Departemen Ilmu Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Telinga Hidung Tenggorokan Bedah Kepala Leher*, XXXVI(3), 98–102.
- Nazirah, J., Putri, B. I., Maulina, N., Herlina, N., & Fauzan, A. (2024). Manajemen epistaksis. *Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 3(1), 55–67.
- Nuzulia, A. (2023). Asuhan keperawatan pada an. J dengan diagnosa medis post operatif orif fraktur maxillofacial Di Ruang Baitunnisa 1 Rsi Sultan Agung Semarang. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5–24.
- Nyoman, M., Ketut, W. I., & Nyoman, G. (2019). Faktor-faktor risiko terjadinya maloklusi pada pasien fraktur maksilofasial yang menjalani operasi di rsup sanglah Denpasar. *Directory Of Open Access Journals*, 49(2), 246–250.
- Osinaike, B. B., Gbolahan, O. O., & Olusanya, A. A. (2021). Intra-operative airway management in patients with maxillofacial trauma having reduction and immobilization of facial fractures. *Departement Of Anasthesia and Oral Maxillofacial Surgery University Of Ibadan*, November 2021.
- Pramesthi, E., & Yusuf, M. (2021). Penatalaksanaan fraktur maksilofasial dengan menggunakan mini plat. *Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga*, 2-5.
- Pratiwi, E., Maliawan, S., & Kawiyan, S. (2022). *Fraktur pada tulang maksila. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–19.
- Rifai, A., & Sugiyarto. (2021). Pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode simulasi pertolongan pertama (management airway) pada penyintas dengan masalah sumbatan jalan nafas pada masyarakat awam Di Kec.Sawit Kab. Boyolali. *Jurnal Keperawatan Global*, 81–88.

Riskesmas. (2018). Laporan riskesmas 2018 nasional.pdf. In *lembaga Penerbit Balitbangkes* (Hal 156).

<https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/laporan-hasil-survei/>
<https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/eprint/3514/>

Rizki, C. I., & Nopriyanto, D. (2021). Overview of nursing implementation on closed fractures to reduce pain scale. *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*, Vol 4 No 1, 1 Juni 2021 pISSN : 2654-5241 eISSN : 2722-7537.

Rofi, M. (2022). Discharge planning pada pasien di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*, 57-59.

Saleh, E. (2020). Fraktur maksila dan tulang wajah sebagai akibat trauma kepala. *Seminar Handayani Dentistry*, 1–25.

Tetelepta, G. A., Leman, M. A., & Gunawan, P. N. (2021). Faktor penyebab trauma maksilofasial pada masa sebelum dan saat pandemi covid-19. *Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia E-Gigi*, 9(2), 347.

<https://doi.org/10.35790/eg.v9i2.36422>

Yusanti, L., & Estiko, R. I. (2023). Fraktur kompleks zygomaticomaxillary pada kecelakaan kerja : sebuah laporan kasus. *Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, 1(2), 102–107.
<https://doi.org/10.28885/bikkm.vol1.iss2.art6>

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : Raya Ma'tan (NS2314901101)
 Resti Sarimandi (NS2314901102)

Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Fraktur Maksilofasial di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Pembimbing : Wirmando, Ns., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Minggu, 5 Mei 2024	Pengajuan Kasus			
2	Senin, 15 Mei 2024	Konsul BAB III 1. Lengkapi data pada pengkajian yang belum lengkap 2. Lengkapi data pada pada Analisa data 3. Melengkapi implementasi dan evaluasi			
3	Jumat, 17 Mei 2024	Konsul BAB III dan BAB IV 1. Perbaiki kosa kata dalam pengkajian 2. Penyesuaian kosa kata pengkajian di analisa data, implementasi dan evaluasi 3. Perbaiki tabel pada			

		Intervensi			
		4. Tambahkan jurnal EBN			
4	Senin, 20 Mei 2024	Konsul BAB III & BAB IV 1. Perbaiki pengetikan dan nomor halaman 2. Sertakan tanggal dan jam pada pemeriksaan diagnostik 3. Ganti jurnal EBN dengan suction	+	Ph	Ph
5	senin, 28 Mei 2024	Konsul BAB IV 1. Perbaiki EBN (jenis penelitian apa yang digunakan dan penelitian menggunakan pembanding atau tidak)	+	Ph	Ph
6	Kamis, 06 Juni 2024	Konsul BAB III, IV dan BAB V Perbaiki penulisan diagnose dan evaluasi	+	Ph	Ph
7	07 Juni 2024	ACC	+	Ph	Ph

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : Raya Ma'tan (NS2314901101)
 Resti Sarimandi (NS2314901109)

Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Fraktur Maxillofasial di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Pembimbing : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Selasa, 28 Mei 2024	Konsul BAB I dan BAB II 1. Pengertian fraktur maxillofasial secara singkat 2. Menambahkan prevalensi kecelakaan lalu lintas diikuti dengan fraktur maxillofasial 3. Menambahkan jurnal yang tepat untuk penanganan pada pasien fraktur maxillofasial 4. Perbaiki sitasi 5. Tambahkan discharge planing			
2	Kamis, 30 Mei 2024	Konsul BAB I dan BAB II 1. Penambahan elaborasi EBN pada latar belakang			

		2. Perbaikan pengkajian pada sekunder			
3	Selasa, 04 Juni 2024	Konsul BAB I, BAB II dan Daftar Pustaka	<i>Jh</i>	<i>Pu</i>	<i>PS</i>

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Raya Ma'tan
Tempat / Tanggal Lahir : Soroako, 2 April 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jalan Tanjung Merdeka Espana

2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Paulus Ma'tan / Martha S
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Kontraktor / IRT
Alamat : Jalan Krakatau

3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SDN 256 Dongi : 2007 – 2013
SMPN 1 Nuha : 2013 – 2015
SMAN 1 Nuha : 2015 – 2017
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2018 – 2022
Profesi Ners STIK Stella Maris : 2023 – 2024

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Resti Sarimandi
Tempat / Tanggal Lahir : Makassar, 28 Agustus 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jalan Abubakar Lambogo

2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Samuel Sarimandi / Maria Yanti
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Buruh Harian / IRT
Alamat : Jalan Rembon (Tana Toraja)

3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SDN KIP V Bara-Baraya : 2008 – 2013
SMPN Nasional Makassar : 2013 – 2016
SMK Pratidina Makassar : 2016 – 2019
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2019 – 2023
Profesi Ners STIK Stella Maris : 2023 – 2024