

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN *FRAKTUR CRURIS* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III. A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

FRISKILA MASSORA E. BULAN

E1514401022

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."M" DENGAN *FRAKTUR CRURIS* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan
di depan penguji.

Diajukan Oleh:
Nama Mahasiswa : FRISKILA MASSORA E. BULAN
NIM : E1514401022

Disetujui Oleh:
Pembimbing

(Elmiana Bongga Linggi,Ns.M.Kes)
NIDN. 0925027603

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."M" DENGAN *FRAKTUR CRURIS* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Kamis/ 7 Juni 2018
Pukul	: 14.00 – 14.45 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Elmiana Bongga Linggi,Ns.M.Kes (.....)

2. Rosdewi,SKp.MSN (.....)

3. Fransiska Upa,S.Kep.Ns (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDIN. 09128027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Friskila Massora E. Bulan
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 24 Februari 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Kompleks Kodam Borong lr.15

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Germanus Susar/Elisabet Sari
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Jl. Kompleks Kodam Borong lr.15

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Kondo Sapata Makassar	: 2003-2009
SMPN 23 Makassar	: 2009-2012
SMA Frater Makassar	: 2012-2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang maha Esa atas segala berkat dan penyertaan-Nya sehingga penulisdapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NT "M" DENGAN FRAKTUR CRURIS DI RUANG PERAWATAN St. BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**".

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Sekolah Tinggi Ilmu Keshatan Stella Maris Makassar Program DIII Keperawatan.

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis menyadari banyak kesulitan yang ditemukan namun berkat bimbingan, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.SI.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Dr. Thomas Soharto,M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, terutama dalam penyusunan Karya Tulis ini.
3. Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery Solon,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan Pembimbing Akademik DIII tingkat III.
5. Elmiana Bongga Linggi,Ns.M.Kes, selaku pembimbing Karya Tulis ini yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan

bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis ini.

6. Para dosen dan staf tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik, mengarahkan dan membekali penulis baik dengan pengetahuan, keterampilan maupun dengan penlajaran berperilaku social yang baik.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan staf perawatan yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada penulis dalam menerapkan Asuhan Keperawatan di Ruang Perawatan St. Bernadeth III.A
8. Tn “M” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyusun karya tulis ini.
9. Khususnya kepada kedua orang tua penulis yang tercinta, Ayahanda Germanus Susar dan Ibunda Elisabet Sari yang tersayang dan semua keluarga penulis yang telah memberikan dukungan serta doa dan kasih sayang selam penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepada rekan-rekan mahasiswa STIK Stella Maris Makassar Program DII Keperawatan angkatan 2015-2018 yang senasib dan sepenaggungan mulia dari awal hingga akhir pendidikan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis ini.

Semoga penulisan Karya Tulis ini dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya dan keperawatan khususnya dalam memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien masa nifas.

Makassar, 30 Mei 2018

Friskila

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman judul.....
Halaman persetujuan.....
Halaman pengesahan.....
Riwayat hidup.....
Kata pengantar..... i
Daftar gambar iii
Daftar tabel iv
Daftar isi v
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar belakang..... 1
B. Tujuan penulisan..... 3
C. Manfaat penulisan..... 4
D. Metode penulisan..... 4
E. Sistematika penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 7
A. Konsep dasar medis..... 7
1. Definisi..... 7
2. Anatomi dan fisiologi..... 7
3. Etiologi..... 12
4. Patofisiologi..... 13
5. Manisfestasi klinis..... 13
6. Pemeriksaan diagnostik..... 14
7. Penatalaksanaan medik..... 15
8. Komplikasi..... 16
B. Konsep dasar keperawatan..... 17
1. Pengkajian..... 17
2. Diagnosa keperawatan..... 19
3. Perencanaan keperawatan..... 19

4. Perencanaan pulang..... 27
C. Patoflowdiagram..... 28
BAB III PENGAMATAN KASUS..... 29
A. Pengkajian..... 30
B. Analisa data..... 49
C. Diagnosa keperawatan..... 53
D. Rencana keperawatan..... 54
E. Implementasi keperawatan..... 60
F. Evaluasi keperawatan..... 82
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 89
A. Pengkajian..... 89
B. Diagnosa keperawatan..... 91
C. Perencanaan keperawatan..... 92
D. Implementasi keperawatan..... 93
E. Evaluasi keperawatan..... 94
BAB V SIMPULAN..... 96
A. Kesimpulan..... 96
B. Saran..... 99
Daftar pustaka..... 100

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Anatomi tulang..... 7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram *fraktur cruris*..... 28
Gambar 3.1 Genogram pasien..... 32

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1 Pemeriksaan lab..... 46
Tabel 3.2 Analisa data..... 49
Tabel 3.3 Diagnosa keperawatan..... 53
Tebel 3.4 Rencana keperawatan..... 54
Tabel 3.5 Implementasi keperawatan..... 60
Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan..... 82

itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya. Tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat factor lain seperti proses degeneratif dan patologi (Depkes RI, 2014). Menurut Depkes RI 2014, dari sekian banyak kasus fraktur di Indonesia, fraktur pada ekstermitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2%. Dari 45.987 orang dengan kasus fraktur ekstermitas bawah akibat kecelakaan, 19.629 orang mengalami fraktur pada tulang femur, 14.027 orang mengalami fraktur cruris, 3.775 orang mengalami fraktur tibia, 970 orang mengalami fraktur pada tulang-tulang kecil di kaki dan 336 orang mengalami fraktur fibula. (Puspitasari, 2012)

Menurut statistik tahun 2016 yang tercatat pada Medical Recort Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan penderita fraktur sebanyak 238 jiwa dengan persentase tertinggi pada kelompok umur 25-44 tahun dengan jumlah laki-laki sebanyak 45 jiwa dan wanita sebanyak 23 jiwa dan tampak pasien yang keluar dalam keadaan meninggal sebanyak 5 jiwa (MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016). Pada tahun 2017 yang tercatat pada Medical Recort di Rumah Sakit Stella Maris didapatkan penderita fraktur sebanyak 253 jiwa dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 25-44 tahun dengan jumlah laki-laki sebanyak 43 jiwa dan wanita sebanyak 19 jiwa dan tampak pasien yang keluar dalam keadaan meninggal sebanyak 7 jiwa (MRO, Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016).

Adapun upaya yang dapat dilakukan oleh perawat dalam mencegah terjadinya kecelakaan lalu lintas yaitu *defensive drivin,* dimana adanya tiga kemampuan penting dalam berkendara, yaitu tetap fokus, tetap siaga, dan tetap mewaspadai pengendara lain. Ini bertujuan untuk mengantisipasi situasi berbahaya seperti kesalahan atau kecerobohan pengendara lain. Selain itu, dianjurkan untuk tidak minum minuman beralkohol saat berkendara

agar tdidak terjadi kecelakaan lalu lintas. Hal tersebut disampaikan Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI (Rahajeng, 2012).

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Fraktur Cruris di ruang perawatan Bernadeth III.A Rumah Stella Maris Makassar sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus fraktur cruris. Selain itu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasi pada pasie dengan faktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris

2. Tujuan khusus

   a. Melakukan pengkajian pada pasien fraktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien fraktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris.
   c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien fraktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien fraktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris.
   e. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien fraktur cruris di ruang perawatan Bernadeth III A RS Stella Maris.

C. Manfaat Penulisan

Penulis mengharapkan dalam penulisan karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya :

1. Bagi institusi rumah sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi masukan demi mengikatnya ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien fraktur

2. Bagi institusi pendidikan

   Karya tulis ini dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bahan bacaan perpustakaan dan sumber informasi untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien fraktur

3. Bagi mahasiswa/keperawatan

   Sebagai bahan pengetahuan para mahasiswa/i untuk lebih memahami dan mengerti tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur

4. Bagi perawat sebagai tenaga kesehatan, agar dapat menambah pengetahuan yang telah dimiliki dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien fraktur

5. Bagi pasien dan keluarga

   Sebagai bahan pengetahuan bagi pasien tentang cara perawatan fraktur

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus, yaitu:

1. Studi kepustakaan

   Dalam hal ini mempelajari literature yang berkaitan dan relevan dengan isi laporan kasus

2. Internet

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet terkait jurnal misalnya: pubmed, proguest, chinal.

3. Studi kasus

Studi kasus ini menggunakan pendekatan proses komprehensif meliputi pengkajian data, merumuskan penetapan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan serta evaluasi keperawatan yang dilakukan.

Teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data antara lain:

a. Observasi

Mengadakan pengamatan langsung kepada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

d. Dokumentasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil tes diagnostic

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah terdiri dari 5 bab yaitu: Bab I Pendahuluan diuraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, matode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis, menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, test diagnostic, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri atas pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan

keperawatan, perencanaan pulang dan patoflowdiagram. Bab III Tinjauan Kasus menguraikan tentang, pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV Pembahasan Kasus, membahas antara kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecelakaan lalu lintas merupakan kejadian yang sering menjadi berita utama di berbagai media. Sebagaimana diketahui, masyarakat modern menjadikan alat transportasi sebagai kebutuhan primer, namun secara umum masyarakat jarang menggunakan alat transportasi dengan baik sehingga resiko terjadinya kecelakaan lalu lintas dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Salah satu akibat dari kecelakaan tersebut bisa memicu terjadinya fraktur yang apabila tidak ditangani dengan segera bisa mengakibatkan kematian. (Puspitasari, 2012)

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

Di Indonesia, mobilitas yang tinggi dan faktor kelalaian manusia menjadi salah satu penyebab terjadinya kecelakaan lalu lintas termasuk fraktur. Menurut data badan kesehatan dunia (WHO) tahun 2013, kecelakaan lalu lintas di Indonesia dinilai menjadi pembunuh ketiga setelah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis. Badan kesehatan dunia (WHO) mencatat pada tahun 2013-2014 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas.Adapun penyebab terbanyak fraktur di Indonesia adalah kecelakaan, baik

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar medis

1. Definisi

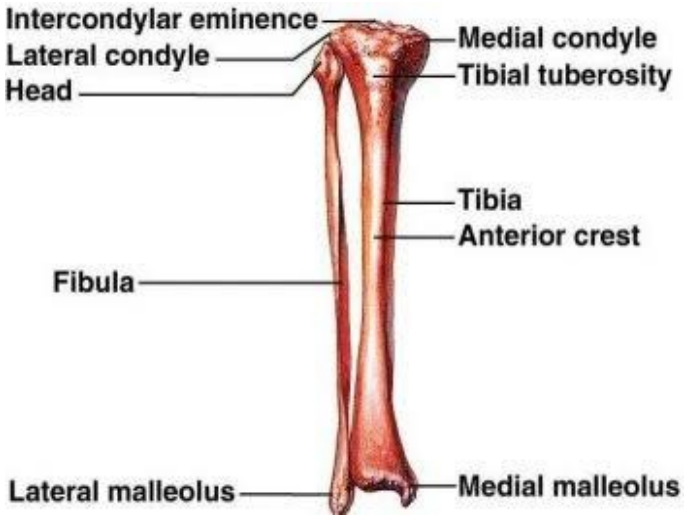
Fraktur cruris atau tibia-fibula adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula. Secara klinis bisa berupa fraktur terbuka bila disertai kerusakan pada jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara luar dan fraktur tertutup. (Helmi, 2012).

Fraktur cruris adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadi pada tulang fibia dan fibula. (Muttaqin, 2008).

Berdasarkan definisi diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa fraktur cruris adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula yang ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya dan dapat berupa fraktur terbuka maupun fraktur tertutup.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi tulang



Gambar 2.1

1) Struktur tulang
   a) Periosteum pada lapisan pertama merupakan selaput luar yang sangat tipis. Periosteum mengandung *osteoblast* (sel pembentuk tulang) jaringan ikat dan pembuluh darah. Periosteum merupakan tempat untuk melekatnya otot-otot rangka (skelet) ke tulang dan berperan dalam memberikan nutrisi, pertumbuhan dan reparasi tulang yang rusak
   b) Tulang kompak (compact bone) pada lapisan kedua ini kita akan bertemu dengan tulang kompak. Tulang kompak memiliki sedikit rongga dan lebih banyak mengandung kapur (kalsium posphat dan kalsium karbonat) sehingga tulang menjadi padat dan kuat. Tulang kompak paling banyak ditemukan pada tulang kaki dan tangan.
   c) Tulang spongiosa (Spongi Bone) pada lapisan ketiga ada yang disebut dengan tulang spongiosa memiliki banyak rongga. Rongga tersebut diisi oleh sumsum merah yang dapat memproduksi sel-sel darah merah. Tulang spongiosa terdiri dari kisi-kisi tipis tulang yang disebut trrabekula.
   d) Sum-sum tulang (Bone Marrow) merupakan lapisan tulang yang paling terakhir dan yang paling dalam adalah sumsum tulang. Sumsum tulang wujudnya seperti jelly yang kental yang dilindungi oleh tulang *spongiosa.* Sumsum tulang berperan penting dalam tubuh kita karena berfungsi memproduksi sel-sel darah yang ada dalam tubuh.
2) Macam tulang:
   - Tulang pipa atau tulang panjang sesuai dengan namanya tulang pipa memiliki bentuk seperti pipa atau

tabung dan biasanya berongga. Di ujung tulang pipa terjadi perluasan yang berfungsi untuk berhubungan dengan tulang lain, tulang pipa terbagi menjadi tiga bagian yaitu: bagian tengah yang disebut diafisis, kedua epifisis diantara epifisis dan diafisis disebut cakra epifisis. Beberapa contoh tulang pipa adalah pada tulang tangan diantaranya tulang hasta (ulna), tulang pengumpil (radius), serta tulang kaki diantaranya tulang paha (femur) dan tulang kering (tibia).

Osteum tibialis dan fibularis (tulang kering dan tulang betis) merupakan tulang pipa yang terbesar sesudah tulang paha yang membentuk persendian lutut OS femur, pada bagian ujungnya terdapat tonjolan OS maleolus lateralis atau mata kaki luar. OS tibia bentuknya lebih kecil farpda bagian pangkal melekat pada OS fibula pada bagian ujung membentuk persendian dengan tulang pangkal kaki terdapat taju yang disebut OS maleolus medialis.

3) Jenis-jenis tulang

Berdasarkan jaringan penyusun dan sifat-sifat fisiknya tulang dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

a) Tulang rawan (kartilago), tulang rawan adalah tulang yang tidak mengadung pembuluh darah dan saraf kecuali lapisan luarnya (perikondrium).

b) Tulang keras (osteon) menyusun berbagai sistem rangka, tulang ini tersusun atas: osteoblas, osteosit dan osteoklas.

a. Fisiologi

1) Proses pembentukan dan pertumbuhan tulang

Rangka manusia terbentuk pada akhir bulan kedua atau awal bulan ketiga pada waktu perkembangan embrio. Tulang

yang terbentuk mula-mula adalah tulang rawan (kartilago) yang berasal dari jaringan mesenkim (jaringan embrional). Sesudah kartilago terbentuk rongga yang ada di dalamnya akan terisi oleh osteoblas, dalam proses pembentukan tulang terdapat tiga jenis sel yaitu osteoblas, osteosit, dan osteoklas.

Osteoblas membentuk tulang dengan membentuk kolagen tipe 1 dan tipe proteoglikan sebagai matriks tulang atau jaringan osteosit melalui proses yang disebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteosit, osteoblas menyekresikan sejumlah besar fosfatase alkali yang memegang peranan penting dalam mengedepankan kalium dan fosfat kedalam matrik tulang. Sebagian dari fosfatase alkali akan memasuki aliran darah dan menjadi indicator yang baik tentang tingkat pembentukan tulang setelah mengalami patah tulang.

Osteosit adalah sel-sel tulang dewasa yang bertindak sebagai suatu lintasan pertukaran kimiawi melalui tulang yang padat.

Osteoklas adalah sel-sel besar berinti banyak yang memungkinkan mineral dan matriks tulang diabsobsi. Osteoklas menjadi sel fagosit yang mempunyai kemampuan untuk mengikis tulang dengan menghasilkan enzim proteolitik yang memecahkan matriks dan melarutkan mineral tulang, sehingga kalsium dan fosfat terlepas kedalam darah.

2) Metabolisme tulang

Metabolisme tulang diatur oleh beberapa hormone. Hormon paratiroid yang meningkat mempunyai efek langsung dan cepat terhadap mineral tulang yang menyebabkan kalsium dan fosfat dilepaskan dan bergerak memasuki serum. Metabolisme tulang kalsium dan fosfat sangat

berkaitan erat. Tulang mengandung 99% dari seluruh kalsium tubuh dan 90% dari seluruh fosfat tubuh.

3) Sirkulasi darah dan persyarafan tulang

Arteri memasuki tulang dari periosteum selaput jaringan ikat yang serabut yang meliputi tulang. Arteri periosteal masuk dibanyak tempat, arteri ini bertanggung jawab untuk menutrisi tulang, maka tulang yang periosteumnya disingkirkan akan mati. Vena mengiringi arteri dan banyak vena besar meninggalkan tulang melalui foramen didekat ujung artikular. Tulang bersumsum tulang merah, memiliki vena yang besar

4) Fungsi tulang

Tualang memiliki fungsi sebagai petahan tubuh agar tidak rapuh, melindungi organ tubuh (otak, jantung dan paru-paru), tempat melekatnya otot, memberikan bentuk pada tubuh, sebagai alat gerak pasif, sebagai pembentuk sel darah merah dan sebagai tempat penyimpanan mineral (kalsium dan fosfor).

5) Tahap penyembuhan tulang

Proses penyembuhan fraktur bervariasi sesuai dengan ukuran tulang dan umur pasien. Faktor lainnya adalah tingkat kesehatan pasien secara keseluruhan, atau kebutuhan nutrisi yang cukup. Berdasarkan penyembuhan fraktur, maka dapat diklasifkasikan sebagai berikut :

a) Proses hematom

Proses hematom merupakan proses terjadinya pengeluaran darah hingga terbentuk hematom (bekuan darah) pada daerah terjadinya fraktur tersebut, dan yang mengelilingi bagian dasar fragmen. Hematom ini kemudian akan menjadi medium pertumbuhan sel jaringan fibrosis dan vaskuler sehingga hematom

berubah menjadi jaringan fibrosa dengan kapiler didalamnnya.

b) Proses proliferasi

Pada proses ini, terjadi perubahan pertumbuhan pembuluh darah menjadi memadat, dan terjadi perbaikan aliran pembuluh darah.

c) Proses pembekuan callus

Pada orang dewasa antara 6-8 minggu, sedangkan pada anak-anak 2 minggu. Callus merupakan proses pembentukan tulang baru, dimana callus dapat terbentuk diluar tulang (subperiosteal callus) dan didalam tulang (endosteal callus). Proses perbaikan tulang terjadi sedemikian rupa, sehingga trabekula yang dibentuk dengan tidak teratur oleh tulang imatur untuk sementara bersatu dengan ujung-ujung yang patah sehingga membentuk suatu callus tulang .

d) Proses konsodilasi (penggabungan)

Perkembangan callus secara terus-menerus, dan terjadi pemadatan tulang seperti sebelum terjadi fraktur, konsolidasi terbentuk antara 6-12 minggu (ossificasi) dan antara 12-26 minggu (matur). Tahap ini disebut dengan penggabungan secara terus-menerus.

e) Proses remodeling

Proses remodeling merupakan tahapan akhir dalam penyembuhan tulang, dan proses pengembalian bentuk seperti semula. Proses terjadi remodeling antara 1-2 tahun setelah terjadi callus dan konsolidasi.

3. Etiologi

Fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gaya remuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem

(Smelrzer, 2002). Umumnya fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang. Fraktur cenderung terjadi pada laki-laki, biasanya fraktur terjadi pada umur di bawah 45 tahun dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan, atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor. Sedangkan pada orang tua, perempuan lebih sering mengalami fraktur daripada laki-laki yang berhubungan dengan meningkatkan insiden osteoporosis yang terkait dengan perubahan hormone pada menopause (Reeves, 2001), (Ningsih, 2009).

4. Patofisiologi

Kondisi anatomis dari tulang tibia yang terletak di bawah subkutan memberikan dampak terjadinya risiko fraktur terbuka lebih sering dibandingkan tulang panjang lainnya apabila mendapat suatu trauma.

Mekanisme cedera dari fraktur cruris dapat terjadi akibat adanya daya putar atau puntir dapat menyebabkan fraktur spiral pada kedua tulang kaki dalam tingkat yang berbeda. Daya angulasi menimbulkan fraktur melintang atau oblik pendek, biasanya pada tingkat yang sama. Pada cedera tak langsung, salah satu dari fragmen tulang dapat menembus kulit. Cedera langsung akan menembus atau merobek kulit di atas fraktur. Kecelakaan sepeda motor adalah penyebabnya yang paling sering.

Pada kondisi klinik fraktur cruris terbuka diklasifikasikan menurut Gustillo (1990) dengan menyesuaikan derajat kerusakan dari jaringan lunak yang terjadi.

5. Manifestasi klinis

a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot pada fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.

b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak tidak alamiah bukan seperti normalnya, pergeseran fraktur menyebabkan deformitas, ekstrimitas yang bisa diketahui dengan membandingkan ekstrimitas yang normal. Ekstrimitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot

c. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.

d. Saat ekstrimitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya.

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

6. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan rontgen: menentukan lokasi/ luasnya fraktur/ trauma, dan jenis fraktur.

   Pemeriksaan foto polos akan didapatkan adanya garis patah pada tulang tibia dan fibula.

b. Scan tulang, tomogram, CT Scan/MRI: memperlihatkan tingkat keparahan fraktur, juga dapat untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Arteriogram: dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan vaskuler.

d. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkatkan (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel trauma). Peningkatan jumlah SDP adalah proses stress normal setelah trauma.

e. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
f. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multipel atau cedera hati.

7. Penatalaksanaan medik

Penatalaksanaan pada pasien dengan fraktur cruris terbuka secara umum tanpa melihat daerah patah tulang, yaitu sebagai berikut.

a. Profilaksis antibiotik.
b. Debridemen dan fasiotomi. Pada kondisi akut dengan pembengkakan hebat dilakukan fasiotomi untuk menghindari sindrom kompartemen.
c. Stabilisasi. Dilakukan pemasangan fiksasi interna atau fiksasi eksterna.
d. Penundaan penutupan.
e. Penundaan rehabilitasi.

Antibiotik dimulai dengan segera. Dilakukan debridemen pada luka dan luka dibersihkan seluruhnya. Cedera tingkat I Gustilo dapat ditutup dengan sangat baik dan kemudian diterapi seperti pada cedera tertutup. Luka yang lebih berat dibiarkan terbuka dan diperiksa stelah 3 hari. Jika perlu, selanjutnya dilakukan debridemen.

Intervensi pada pasien fraktur tertutup secara ringkas, meliputi hal-hal sebagai berikut.

a. Prioritas yang pertama adalah menilai tingkat kerusakan jaringan lunak. Meskipun fraktur itu tertutup, fraktur besar dengan kontusio jaringan lunak yang luas dapat membutuhkan fiksasi luar dini dan peninggian tungkai. Bila ada ancaman sindrom kompartemen, fasiotomi perlu segera dilakukan.
b. Pemasangan gips sirkuler

c. Terapi bedah dengan pemasangan fiksasi interna
d. Terapi bedah dengan pemasangan fiksasi eksterna.

8. Komplikasi
   a. Syok

      Syok hipovolemik atau traumatic, akibat perdarahan (banyak kehilangan darah eksternal maupun yang tidak kelihatan yang bisa menyebabkan penurunan oksigen) dan kehilangan cairan ekstra sel ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstermitas.

   b. Sindrom embolik lemak

      Pada saat terjadi fraktur globula lemak dapat masuk kedalam pembuluh darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien akan memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadinya globula lemak pada aliran darah.

   c. Sindroma kompartement

      Merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Ini bisa disebabkan karena penurunan ukuran kompartement otot karena fasia yang membungkus otot terlalu ketat, penggunaan gips atau balutan yang menjerat ataupun peningkatan isi kompartement otot karena edema atau perdarahan sehubungan dengan berbagai masalah (misalnya: iskemi dan cidera remuk).

   d. Kerusakan arteri

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

e. Infeksi

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

f. Avaskuler nekrosis

Avaskuler nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya volkman's ischemia.

B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

DS :

Kemampuan memelihara kesehatan, upaya perlindungan diri dari penyakit

DO :

Suasana lingkungan, penggunaan dan obat-obatan

b. Pola nutrisi dan metabolik

DS :

Makanan tambahan, batasan diet

DO :

Nutrisi yang tidak adekuat, penyembuhan jaringan yang lama

c. Pola eliminasi

DS :

BAK dan BAB lancar

DO :

Frekuensi, konsistensi, warna, bau fesse

Frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan jumlah urine, penggunaan keteter

d. Pola aktivitas dan latihan

DS :

Keadaan umum lemah, pergerakan terbatas, penurunan kekuatan otot

DO :

Postur tubuh, fiksasi

e. Pola tidur dan istirahat

DS :

Gangguan pola tidur, kebiasaan tidur, lamanya tidur

DO :

Ekspresi wajah mengantuk, warna palpebra inferior

f. Pola persepsi kognitif

DS :

Merasa tidak nyaman menggunakan alat bantu

DO :

Tidak menggunakan alat bantu

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS :

Ketidakberdayaan, putus asa, timbul ketakutan dan kecacatan, perasaan cemas.

DO :

Ansietas, menolak, marah, depresi, pandangan terhadap dirinya (gangguan citra tubuh)

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

DS :

Perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran

DO :

Gangguan dalam berinteraksi, kehilangan peran, perasaan terisolasi

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS :

Berperan sebagai seorang ibu dan seorang istri

DO :

Perilaku tidak menyimpang

j. Pola mekanisme koping dan intoleransi terhadap stress

DS :

Adanya faktor stress, perasaan tidak berdaya, gangguan penyesuaian diri terrhadap lingkungan dan situasi baru

DO :

Ansietas, ketakutan

k. Pola sistem nilai kepercayaan

DS :

Ungkapan kebutuhan, berkonsentrasi dalam beribadah

DO :

Selalu berdoa, tampak melakukan kegiatan doa

2. Diagonsa keperawatan

a. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

b.Risiko tinggi syok dengan faktor risiko hipovolemia

c. Risiko infeksi dengan faktor risiko kurang pengetahuan

d. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi

e. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

f. Ansietas b/d perubahan besar

g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh

3. Perencanaan keperawatan

a. Nyeri yang berhubungan dengan kompresi saraf, kerusakan neuromuskuloskeletal, dan pergerakan fragmen tulang.

- Kaji nyeri dengan skala 0-4

R/: Nyeri merupakan respons subjektif yang dapat dikaji dengan menggunakan skala nyeri. Klien melaporkan nyeri biasanya diatas tingkat cedera.

- Pantau keluhan nyeri lokal, apakah disertai pembengkakan.

  R/: Deteksi dini untuk mengetahui adanya tanda sindrom kompartemen.

- Lakukan managemen nyeri keperawatan: Atur posisi imobilisasi pada tungkai bawah.

  R/: Imobilisasi yang adekuat dapat mengurai pergerakan fragmen tulang yang menjadi unsure utama penyebab nyeri tungkai bawah.

- Lakukan pemasangan gips spalk pasca-bedah pemasangan ORIF.

  R/: Gips spalk dipakai pasca-bedah untuk mengurangi pergerakan fragmen tulang yang masih lemah yang merupakan predisposisi stimulus nyeri.

- Manajemen lingkungan: lingkungan tenang, batasi pengunjung, dan istirahatkan klien.

  R/: Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O_2 ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung berada di ruangan. Istirahat akan menurunkan kebutuhan O_2 jaringan perifer.

- Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam ketika nyeri muncul.

  R/: Meningkatkan asupan O_2 sehingga akan menurunkan nyeri sekunder akibat iskemia.

- Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri.

  R/: Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi endorfin dan enkefalin yang dapat memblok reseptor nyeri

agar tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri.

- Lakukan manajemen sentuhan

  R/: Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupah sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Masase ringan dapat meningkatkan aliran darah dan membantu suplai darah dan oksigen ke area nyeri.

- Kolaborasi: Pemberian analgesic

  R/: Analgesik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang.

- Operasi untuk pemasangan fiksasi interna (ORIF) dan fiksasi eksterna (OREF).

  R/: Intervensi medis berupa stabilisasi dengan melakukan fiksasi pada tulang yang patah akan dapat menurunkan stimulus nyeri akibat cedera jaringan lunak, kompresi saraf, dan pergerakan fragmen tulang.

b. Risiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan hilangnya darah dari luka terbuka, kerusakan vaskuler, dan cedera pada pembuluh darah.

- Pantau status cairan (turgor kulit, membran mukosa, haluaran urine).

  R/: Jumlah dan tipe cairan pengganti ditentukan oleh keadaan status cairan. Penurunan volume cairan mengakibatkan penurunan produksi urine, pemantauan yang ketat pada produksi urine <600 ml/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok kardiogenik.

- Kaji sumber kehilangan cairan

  R/: Kehilangan cairan dapat berasal dari faktor ginjal dan di luar ginjal. Penyakit yang mendasari terjadinya kekurangan volume cairan ini juga harus diatasi. Perdarahan harus dikendalikan.

- Auskultasi TD. Bandingan kedua lengan.

  R/: Hipotensi dapat terjadi pada hipovolemia yang menunjukkan terlibatnya system kardiovaskuler untuk melakukan kompensasi mempertahankan tekanan darah.
- Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaphoresis secara teratur.

  R/: Mengatahui adanya pengaruh peningkatan tahanan perifer
- Pantau frekuensi dan irama jantung

  R/: Perubahan frekuensi dan irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia
- Kolaborasi : Pertahankan pemverian cairan melalui intravena

  R/: Jalur yang paten penting untuk pemberian cairan cepat dan memudahkan perawat dalam melakukan kontrol asupan dan haluaran cairan

c. Risiko tinggi infeksi yang berhubungan dengan port de entrée luka fraktur terbuka, luka pasca-bedah, dan pemasangan fiksasi eksterna

- Kaji faktor-faktor yang memungkinkan terjadinya infeksi yang masuk ke port de entree

  R/: Faktor port de entree farktur kruris adalah luka terbuka dari fraktur, luka pasca-bedah, sisi luka dari traksi tulang, setiap sisi besi pada fiksasi eksterna. Faktor-faktor ini harus dipantau oleh perawat dan dilakukan perawatan luka steril.
- Lakukan perawatan luka steril pada hari ke-2 pasca-bedah ORIF atau apabila kasa terlihat kotor

  R/: Perawatan luka steril dilakukan idealnya pada hari ke-2 dan perawatan selanjutnya tidak setiap hari. Biasanya dilakukan setiap 2 hari sekali atau apabila kasa terlihat kotor, dapat dilakukan setiap hari

- Lakukan perawatan luka secara steril pada luka pasca-bedah ORIF dengan iodine providum dan dibersihkan dengan alkohol 70% dengan teknik swabbing dari arah dalam keluar.
  R/: Teknik swabbing secara steril dapat membersihkan sisa nekrotik, debris, dan dapat mengurangi kontaminasi kuman.
- Desinfektan daerah pemasangan fiksasi ekterna dengan iodine providum dan dibilas dengan alkohol 70%
  R/: Desinfeksi dengan iodin providum dapat menghilangkan kuman pada sekitar logam yang ke kulit pada fiksasi eksterna. Pembersihan iodin providum dengan alkohol dapat mengurangi dampak iritasi pada kulit sehingga dapat meningkatkan pertumbuhan jaringan.
- Tutup luka ORIF kasa gulung
  R/: Menghindari kontak dengan udara luar
- Pantau kondisi luka. Apabila kasa terlihat kotor atau ada sisa perdarahan pasca-bedah, segera lakukan ganti balutan
  R/: Kasa yang kotor akibat sisa perdarahan pasca-bedah merupakan stimulus yang dapat meningkatkan risiko infeksi
- Buat jendela pada gips sirkular untuk memudahkan perawatan luka
  R/: Jendela gips sirkular dibuat oleh perawatan agar memudahkan pemantauan tanda infeksi, memudahkan perawatan luka, dan menghindari penekanan pada luka akibat adanya gips di atas luka
- Pantau/batasi kunjungan
  R/: Mengurangi risiko kontak infeksi dari orang lain
- Tingkatkan asupan nutrisi tinggi kalori dan tinggi protein
  R/: Tingkatkan imunitas tubuh secara umum dan membantu menurunkan risiko infeksi

- Kolaborasi : Berikan antibiotik sesuai indikasi

  R/: Satu atau beberapa agens dibberikan yang bergantung pada sifat patogen dan infeksi yang terjadi

d. Kerusakan integritas jaringan yang berhubungan dengan cedera jaringan lunak sekunder akibat fraktur kruris terbuka

- Kaji kerusakan jaringan lunak yang terjadi pada klien

  R/: Menjadi data dasar untuk memberikan informasi intervensi perawatan luka, alat apa yang akan dipakai, dan jenis larutan apa yang akan digunakan

- Lakukan perawatan luka dengan teknik steril

  R/: Perawatan luka dengan teknik steril dapat mengurangi kontaminasi kuman langsung ke area luka

- Kaji keadaan luka dengan teknik membuka balutan, mengurangi stimulus nyeri. Jika perban melekat kuat, diguyur dengan NaCl.

  R/: Manajemen membuka luka dengan mengguyur larutan ke kasa dapat mengurangi stimulus nyeri dan dapat menghindari terjadinya perdarahan pada luka fraktur kruris terbuka

- Lakukan pembilasan luka dari arah dalam keluar dengan cairan NaCl.

  R/: Teknik membuang jaringan dan kuman di area luka dan diharapkan keluar dari area luka

- Tutup luka dengan kasa steril atau dikompres dengan NaCl yang dicampur dengan antibiotik

  R/: NaCl merupaka larutan fisiologi yang lebih mudah diabsopsi oleh jaringan dibandingkan larutan antiseptik dan dengan dicampur antibiotik dapat mempercepat penyembuhan luka.

- Lakukan nekrotomi

R/: Jaringan nekrotik pada luka akan memperlambat proses epitelisasi jaringan luka sehingga memperlambat perbaikan jaringan.

- Rawat luka setiap hari atau setiap kali jika pembalut basah atau kotor

  R/: Memberikan rasa nyaman pada klien dan dapat membantu meningkatkan pertumbuhan jaringan luka

- Evaluasi pembebat terhadap resolusi edema

  R/: Pemasangan perban elastis yang terlalu kuat dapat menyebabkan edema pada daerah distal dan menambah nteri pada klien

- Evaluasi kerusakan jaringan dan perkembangan pertumbuhan jaringan

  R/: Apabila masih belum mencapai criteria hasil evaluasi, sebaiknya perlu dikaji ulang faktor-faktor apa yang menghambat pertumbuhan jaringan luka.

e. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan respons nyeri, kerusakan neuromuskuloskeletal, pergerakan fragmen tulang.

- Kaji derajat mobilitas yang dihasilkan oleh cedera

  R/: Pasien mungkin dibatasi oleh pandangan diri atau persepsi diri dengan keterbatasan fisik actual

- Dorong partisipasi pada aktivitas teraupetik atau rekreasi

  R/: Memberikan kesempatan untuk mengeluarkan energi

- Instruksikan pasien untuk ekstermitas yang sakit dan yang tidak sakit

  R/: Meningkatkan aliran darah ke otot untuk meningkatkan tonus otot

- Dorong penggunaan isometrik mulai dari tingkat yang tidak sakit

R/: Kontraksi otot iskemik, tanpa menekuk sendi atau menggerakan tungkai dan membantu mempertahankan kekuatan dan massa otot

- Berikan papan kaki

  R/: Berguna dalam mempertahankan posisi fungsional ekstermitas tangan atau kaki, dan mencegah komplikasi

f. Ansietas yang berhubungan dengan rencana pembedahan, kondisi sakit, perubahan peran keluarga, kondisi status sosioekonomi.

- Diskusikan dalam tindakan keamanan

  R/: Menenangkan dan menurunkan ansietas karena ketidaktahuan dan atau takut menjadi kesepian

- Dorong pasien dalam mengekspresikan ketakutan atau masalah

  R/: Mendefinisikan masalah dan pengaruh pilihan intervensi

- Akui kenyataan atau normalitas perasaan, termasuk marah

  R/: Memberikan dukungan emosi yang dapat membantu pasien melalui penilaian awal, juga selama pemulihan

- Dorong pasien dalam menggunakan manajemen stress

  R/: Membantu memfokuskan kembali perhatian, menigkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

g. Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan pemasangan fiksasi eksterna, rencana amputasi.

- Observasi interaksi klien

  R/: Gangguan pada citra tubuh, mungkin tanpa disadari diperkuat oleh anggota keluarga

- Kaji tingkat adaptasi dan kemajuan klien

  R/: Klien mungkin cukup beradaptasi, dan informasi member titik awal untuk mengembangkan rencana perawatan

- Beri bantuan terkait kebutuhan atau tindakan perawatan diri

R/: Klien memerlukan dukungan untuk mencapai tujuan kemandirian dan kembali positif untuk mengatur hidupnya sendiri

- Dorong klien untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang sakit

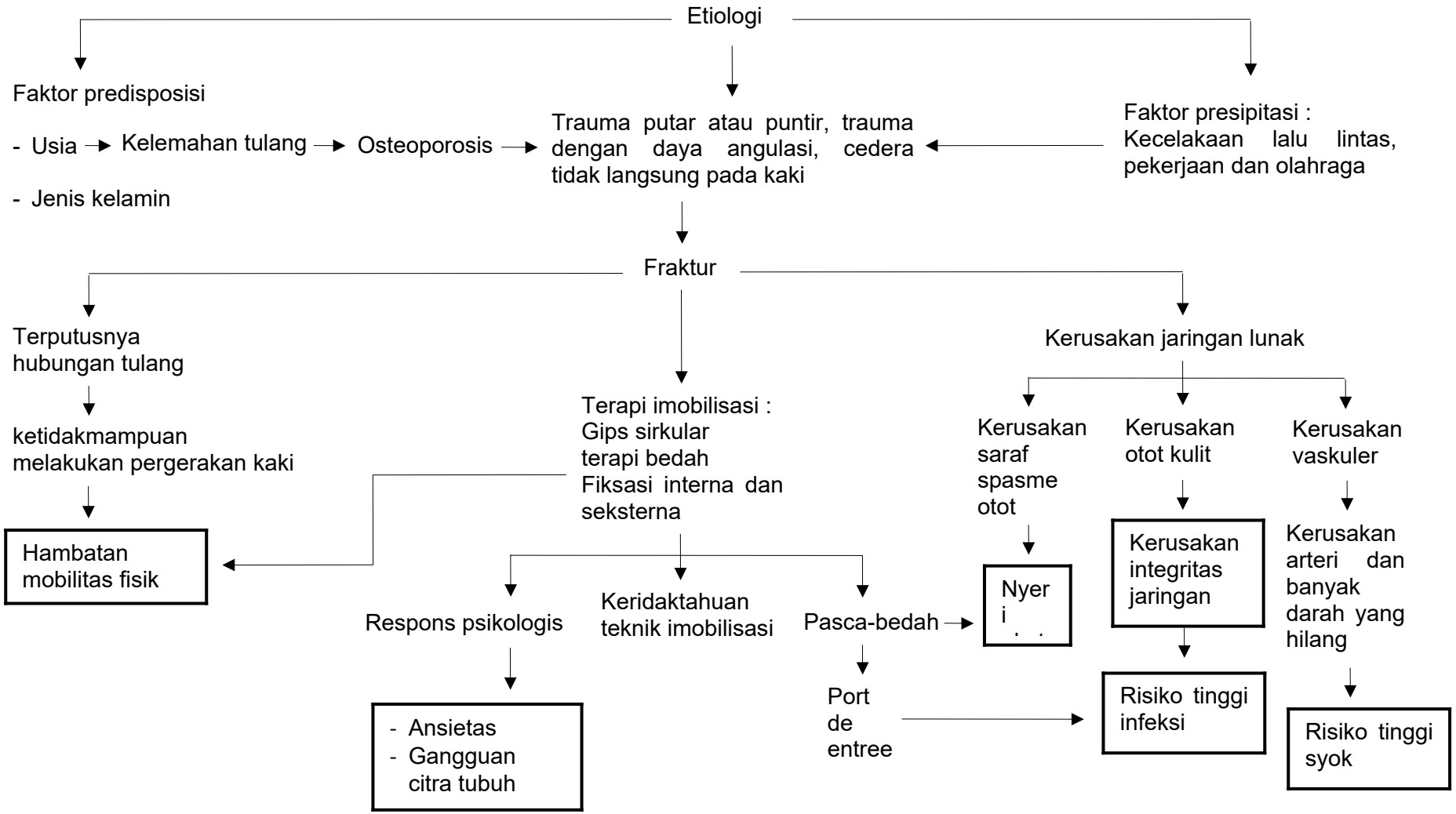
  R/: Untuk memulai memasukkan perubahan yang terjadi kedalam citra tubuh, penerimaan akan meningkatkan harga diri dan memungkinkan klien untuk maju dengan sikap yang positif

- Bantu klien dalam mempelajari strategi untuk mengatasi perasaan dan melepaskan emosi

  R/: Membantu individu bergerak kearah penyembuhan dan sembuh optimal

4. Perencanaan pulang
   a. Anjurkan pada pasien untuk tidak melakukan pergerakan yang aktif dan tetap mempertahankan daerah cedera.
   b. Anjurkan untuk mengikuti pola makan sesuai diet yang diinstruksikan.
   c. Anjurkan untuk minum obat sesuai dengan dosis dan indikasi.
   d. Anjurkan kepada keluarga agar member motivasi pada pasien dalam menjalani penginapan.
   e. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga, tentang terapi dan pentingnya imobilisasi sampai kondisinya pulih.

C. PATOFLOWDIAGRAM



A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Friskila Massora E. Bulan
NIM : E1514401022

Unit : St. Bernadeth III. A Autoanamnesa :✓

Kamar : 358 Alloananmnese :✓

Tgl masuk RS : 24 Maret 2018

Tgl pengkajian : 24 Maret 2018

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Tn. M
      Umur : 18 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Belum menikah
      Jumlah anak : -
      Agama/suku : Islam/Bugis
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Siswa
      Alamat rumah : Jl. Bulusipong Kab. Maros
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny. R
      Umur : 46 tahun
      Alamat : Jl. Bulusipong Kab. Maros
      Hubungan dengan pasien : Ibu
2. Data Medik
   Diagnosa medik
   Saat masuk : Fraktur Tibia Fibula
   Saat pengkajian : Fraktur Tibia Fibula

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang. Tampak terpasang infuse ringe laktat 500 cc pada tangan sebelah kiri dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit. Tampak terpasang spalak dibungkus dengan kasa gulung pada kaki kiri.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran:

Skala koma glaslow

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tidak koma

2) Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103,33 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,2°C di ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 22 x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

Jenis : ☑ dada ☐ Perut

5) Nadi : 81 x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

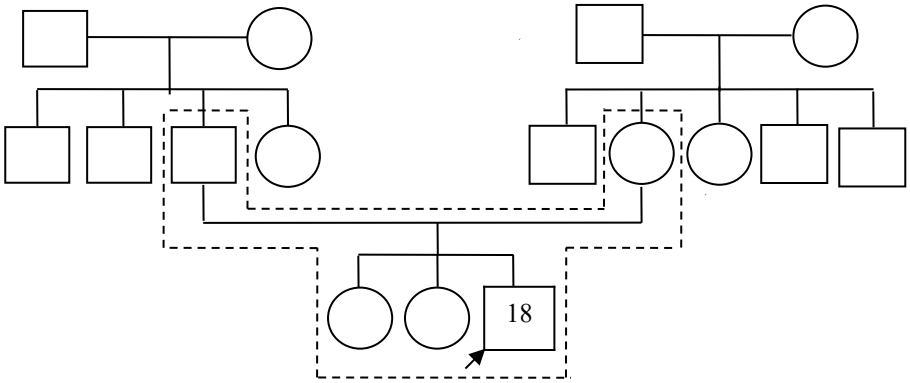
☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 38 cm
2. Tinggi badan : 158 cm
3. Berat badan : 56 kg

4. IMT : 23,3 kg/m²
   Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Gambar 3.1

Keterangan :

: Pria Normal
: Wanita Normal
: Meninggal
: Umur Pasien
: Tinggal serumah
: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
      1) Keadaan sebelum sakit :

         Ibu pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang sangat penting dan harus selalu dijaga. Ibu pasien mengatakan sehat itu jika orang tidak makan sembarangan. Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien baik-baik saja, ibu pasien

mengatakan bahwa saat ada anggota keluarganya yang sakit, maka ia akan memberikan tanaman herbal terlebih dahulu. Ibu pasien mengatakan setelah diberikan tanaman herbal dan tidak ada perubahan, maka ibu pasien membawa anggota keluarganya ke rumah sakit atau puskesmas.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama :
      Nyeri kaki kiri
   b) Riwayat keluhan utama:
      Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengalami kecelakaan pukul 17.00 WITA saat pulang mengambil motor dari rumah wali kelasnya. Ibu pasien mengatakan saat itu pasien menabrak pembatas jalan, kemudian pasien dibawah ke puskesmas bantimurung kemudian dirujuk ke RSU Salewangan Maros. Setelah pemeriksaan di RSU Salewangan Maros, terjadi patah tulang pada kaki sebelah kiri dan ibu pasien mengatakan ada luka robek pada kaki yang patah. Ibu pasien mengatakan pasien dirawat di RSU Salewangan Maros untuk dijahit terlebih dahulu, namun pada malam hari dirujuk ke RS Stella Maris Makassar. Pada saat pengkajian, tampak kaki pasien terpasang spalak dibungkus kasa gulung, tampak darah pada spalak pasien, tampak pasien meringis, tampak pasien menjerit kesakitan, tampak tangan kanan pasien menggenggam erat seprei dan tangan kiri pasien mengepal sangat kuat. Pasien mengatakan kakinya sakit sampai ke paha, pasien mengatakan skala nyeri 8 karena sakitnya tidak tertahankan dan terasa terus-menerus. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat mencoba untuk

menggerakan kaki kirinya. Pasien mengatakan sakitnya seperti tertusuk-tusuk. Tampak wajah berkeringat.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak pernah di opname sebelumnya, pasien hanya mengalami flu dan batuk ringan.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Ibu pasien mengatakan bahwa ayahnya mengalami penyakit hipertensi.

5) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : Tercium bau tak sedap saat pasien bicara.
e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji, pasien menolak
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, pasien menolak

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan teratur 3 kali dalam sehari, ibu pasien mengatakan pasien paling suka makan ikan, ibu pasien mengatakan pasien biasa makan 2 sendok nasi dengan lauk ikan dan sayur, ibu pasien mengatakan pasien suka minum kopi pada pagi hari atau pada malam hari. Ibu paien mengatakan pasien minum air mineral kurang lebih 6-8 gelas per hari.

2) Keadaan sejak sakit:

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien malas makan namun dipaksa untuk makan sehingga pasien makan hanya 2-5 sendok pada pagi, siang dan malam hari. Ibu pasien

mengatakan pasien jarang minum air mineral dan hanya menghabiskan kurang lebih 3 gelas air (750 cc) dalam sehari. Terpasang infus RL 500 cc (20 tetes/menit).

3) Observasi:

Tampak badan pasien tidak kurus. Tampak pasien menghabiskan cuma setengah porsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit dan air putih 200 cc setelah makan.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien tidak ada ketombe dan kotoran
b) Hidrasi kulit : Tampak kulit pasien elastis
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/anemis
d) Sclera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung : Tampak septum di tengah
f) Rongga mulut : Tidak ada sariawan
Gusi : Tampak utuh
Gigi palsu : Tampak pasien tidak mengenakan gigi palsu
g) Gigi : Tampak gigi kuning dan ada sedikit karang gigi.
h) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tidak ada benjolan
j) Pharing : Tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran
m) Abdomen :
- Inspeksi : Bentuk datar, bayangan vena tidak ada
- Auskultasi : tympani

- Palpasi : Tidak ada nyeri
- Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit
- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
- Tanda – tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

o) Lesi : Tidak ada lesi pada mulut

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit BABnya lancar 1 kali dalam sehari, pasien mengatakan BABnya padat berwarna kuning kecoklatan, pasien mengatakan BAKnya lancar kurang lebih 5-7 kali dalam sehari, pasien mengatakan bau urinenya seperti bau biasanya (amoniak), pasien mengatakan warna urinenya berwarna kuning pekat, pasien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAKnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BABnya 1 kali dala 2 hari, pasien mengatakan BABnya kuning kecokatan, pasien mengatakn BABnya padat, pasien mengatakan kencing melalui keteter.

3) Observasi:

Tampak pasien menggunakan keteter urine, produksi 300 cc dari jam 6 pagi sampai jam 10 pagi.

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 25 x/menit
b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.
c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif. ☑ Negatif.
d) mulut uretra : Tidak dikaji

e) anus :
- peradangan : Tidak dikaji pasien menolak
- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktifitas seperti biasanya, ibu pasien mengatkan pasien biasanya keluar bersama temannya pada sore hari untuk bermain bola, ibu pasien mengatakan pasien pergi ke sekolah seperti biasanya dan menggunakan sepeda motor, ibu pasien mengatakan pasien biasa bermain gitar atau menonton saat berada di rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa beraktifitas seperti biasanya dan hanya terbaring lemah ditempat tidur, ibu pasien mengatakan semua kebutuhan yang diperlukan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, ibu pasien mengatakan pasien sulit bergerak karena kakinya yang patah.

3) Observasi :

Tampak pasien dibantuk oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhannya.

a) Akitivitas harian :
- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 3
- Buang air kecil : 3
- Mobilisasi ditempat tidur: 2

0. mandiri
1. bantuan dengan alat
2. bantuan orang
3. bantuan alat dan orang
4. bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Gaya jalan : Tidak dikaji, pasien bedrest

d) Anggota gerak yang cacat :

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5+2 cmH_2O

Kesimpulan : Diatas bidang horizontal

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalm 2 detik

c) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak terdengar

- Palpasi :

Vocal fremitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

- Perkusi : [√] sonor [ ] redup [ ] pekak.

Batas paru hepar :

- Auskultasi :

Suara napas : Veskuler

Suara ucapan :

Suara tambahan : Tidak ada

d) Jantung

- Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

Ictus cordis : Teraba kuat pada ICS V

- Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II

Batas kanan jantung : Linea media sternalis dextra

Batas kiri jantung : Linea axilaris anterior

- Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS V linea media clavicularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop: Tidak terdengar

Murmur : Tidak ada

HR : 83 x/menit

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : Terbatas

  Kaku sendi : Tidak ada

- Uji kekuatan otot :

	kanan	kiri
tangan	5	5
kaki	5	0

Refleks fisiologi :

- Refleks patologi :

Babinski, kiri : [√] positif [ ] negatif
Kanan : [√] positif [ ] negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

f) Columna vertebralis :

- Inspeksi : Tampak tidak ada kelainan tulang belakang.
- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
- Kaku kuduk : Tidak ada

a) Tekanan darah :

Berbaring : 130/90 mmHg
Duduk : -
Berdiri : -
Kesimpulan : hipotensi ortotast [ ] [ ]ositif negatif

b) HR : 83 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidur kurang lebih 5-7 jam dalam sehari, ibu pasien mengatakan pasien selalu mencuci mukanya sebelum tidur, ibu pasien mengatakan pasien lebih senang tidur saat lampu dimatikan.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien jarang tidur, ibu pasien mengatakan pasien tidak tidur pada siang hari lalu pada malam hari pasien sering terbangun karena rasa nyeri, ibu

pasien mengatakan pasien tidur kurang lebih 2 jam pada malam hari.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas, gelisah dan susah tidur pada siang hari.

Ekspresi wajah mengantuk	:	√	positif		negatif
Banyak menguap	:		positif	√	negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	√	positif		negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran, ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada masalah pada indera penciuman dan pengecapan pasien.

2) Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

3) Observasi :

Pasien mampu mengingat dimana ia sekarang, tampak pasien tidak mengenakan kacamata dan alat banatu pendengaran, tampak pasien memahami pertanyaan perawat.

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

- Cornea : Jernih
- Visus : Tampak dapat membaca papan nama perawat jarak 30 cm
- Pupil : Bulat, Isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Jernih tidak ada kerusakan
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tidak ada serumen pada telinga
- Membran timpani : Utuh tidak tampak serumen

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan senang dengan dirinya sendiri dan merasa nyaman dengan kehidupannya sekarang, pasien mengatakan sangat menyukai bagian mukanya, pasien mengatakan bahwa ia melihat matanya sangat indah dari anggota tubuh yang lainnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa dengan kondisinya, pasien mengatakan menerima kondisinya sekarang, pasien mengatakan meskipun kakinya patah tapi tetap senang dengan dirinya karena masih memiliki kaki yang lengkap.

3) Observasi :

Tampak pasien memandang perawat dan tidak memalingkan wajahnya.

a) Kontak mata : Penuh
b) Rentang perhatian : Perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Jelas, terdengar baik
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Abdomen :

Bentuk : Simetris
Bayangan vena : Tidak nampak
Benjolan massa : Tidak teraba

c) Kulit : lesi kulit : Luka lecet pada tangan kanan

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tinggal bersama bapak, ibu dan saudaranya, pasien mengatakan sering pergi bersama teman-temannya saat sore hari, pasien mengatakan akrab dengan kedua kakak dan orang tuanya, pasien mengatakan sering becerita dengan tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit banyak keluarga, teman dan tetangga yang datang menjenguknya, pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan keluarga dan temannya.

3) Observasi :

Tampak pasien akrab dengan keluarga dan temannya, tampak pasien dijenguk oleh banyak orang.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mengalami mimpi basah sejak berusia 14 tahun , pasien mengatakan merawat genetalianya dengan mengganti pakaian dalam sebanyak 2 kali sehari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitas.

3) Observasi : Tidak dikaji pasien menolak

4) Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak pernah marah-marah saat mengalami masalah, pasien mengatakan menyelesaikan masalahnya dengan cara berkonsultasi dengan ibunya,

pasien mengatakan selalu berdoa kepada TUHAN saat merasa masalahnya sangat berat baginya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan cemas ketika dokter mengatakan harus dioperasi, pasien mengatakan takut dengan efek dari operasi, pasien mengatakan cemas dan ragu-ragu dengan hasil operasinya nanti.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah, tampak pasien sering marah saat meminta sesuatu, tampak pasien kadang berteriak-teriak, tampak pasien gemetar saat wawancara, TD= 130/90 mmHg

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan menganut agama islam, pasien mengatakan jarang pergi ke masjid untuk sholat, pasien mengatakan hanya sholat di rumah, pasien mengatakan jarang ikut kegiatan masjid.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berdoa dalam hati, pasien mengatakan berdoa agar kondisinya bisa membaik dan cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak tidak ada alat-alat ibadah di sekitar pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. Nervus I (Olfaktorius)

Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. Nervus II (Optikus)

Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak kurang lebih 30 cm.

c. Nervus III, IV dan VI

Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke kiri, kanan, atas dan bawah.

d. Nervus V (Trigeminus)

Sensorik : Pasien dapat merasakan goresan kapas pada pipi, dagu dan dahinya.

Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan kuat.

e. Nervus VII (Fascialis)

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis gula dan pahit kopi.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi dan tersenyum.

f. Nervus VIII (Vestibuloakustikus)

Vestibularis : Tidak dikaji

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.

g. Nervus IX (Glosoparingeus)

Pasien mampu menelan

h. Nervus X (Vagus)

Tampak uvula terletak di tengah

i. Nervus XI

Pasien mampu menggerakkan kepala serta mengangkat bahu kanan dan kiri.

j. Nervus XII (Hipoglosus)

Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kanan dan kiri dari arah dalam menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan laboratorium dan terapi

1. Pemeriksaan Lab

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	10.4		10^3/uL	[4.8 - 10.8]
RBC	4.5	-	10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HGB	12.9	-	g/dL	[14 - 18]
HCT	36.00	-	%	[42 - 52]
MCV	80.7		fL	[80 - 99]
MCH	28.9		pg	[27 - 31]
MCHC	36		g/dL	[33 - 37]
PLT	128	-	10^3/uL	[150 - 450]
RDW-CV	12.8		%	[11.5 - 14.5]
PDW	12.8		fL	[9 - 13]
MPV	9.7		fL	[7.2 - 11.1]
P-LCR	23.5		%	[15 - 25]
NEUT%	82.3	+	%	[40 - 74]
LYM%	11.9	-	%	[19 - 48]
MXD%	5.8		%	[4 - 18]
NEUT#	8.6	+	10^3/uL	[1.5 - 7]
LYM#	1.2		10^3uL	[1 - 3.7]
MXD#	0.6		10^3uL	[0 - 1.2]
LED 1 jam	38	+	mm/h	[0 - 20]
LED 2 jam	70	+	mm/h	[0 - 20]

Tabel 3.1

2. Foto Rongent

   Kesan : Fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal.

3. Terapi obat

   a. Cefoperazone 1 gram/ 12 jam (IV)

   b. Ketorolac 1 amp/ 8 jam (IV)

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN

A. Ketorolac
   1. Klasifikasi/golongan obat : Analgetik
   2. Dosis umum : 10-30 mg tiap 4-6 jam
   3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul/8 jam
   4. Cara pemberian obat : injeksi intravena
   5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merangsang saraf-saraf di hipotalamus, sehingga nyeri dapat diatasi.
   6. Alasan pemberian : Diberikan kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
   7. Kontraindikasi : Ulkus peptikum aktif, penyakit serebrovaskuler, diathesis hemoragik, gangguan koagulasi, sindrom polip nasal, gangguan ginjal derajat sedang berat, hamil, persalinan laktasi.
   8. Efek samping obat : Diare, dyspepsia, nyeri gastrointestinal, sakit kepala, pusing, mengantuk, berkeringat, asma, pucat.

B. Cefoperazone
   1. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   2. Dosis umum : 2-4 gram per hari tiap 12 jam
   3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram/ 12 jam (IV)
   4. Cara pemberian obat : injeksi intravena
   5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat sintesis dinding sel bakteri dan menahan perakitan dinding sel bakteri yang dihasilkan sehingga dapat mencegah infeksi.
   6. Alasan pemberian : Diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi pada luka pasien.
   7. Kontraindikasi : wanita hamil dan menyusui, gangguan fungsi ginjal, empedu dan hati, akan menjalani pemeriksaan darah dan glukosa urine, yang sedang mendapatkan nutrisi parenteral.
   8. Efek samping obat : Diare, mual, muntah, anemia, kelemahan otot, sariawan, menurunnya kadar protein pembeku darah,

gangguan ginjal, perdarahan, reaksi alergi (kulit memerah, ruam disertai gatal, hingga kulit melepuh).

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. M / 18 tahun

Unit/Kamar : St. Bernadeth III. A / 358

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : – Pasien mengatakan kakinya sakit sampai ke paha – Pasien mengatakan sakitnya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan skala nyeri 8 karena sakitnya tidak tertahankan dan terus-menerus – Pasien mengatakan nyeri bertambah saat mencoba untuk menggerakkan kakinya DO : – Tampak pasien meringis – Tampak tangan kanan pasien menggenggam erat seprei dan tangan kiri pasien mengepal sangat kuat – Tampak pasien menjerit kesakitan – Tampak wajah berkeringat	Agens Cedera Fisik	Nyeri Akut

	– Foto Rongent: Fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal. – Terpasang spalak – TD : 130/90 mmHg N : 81 x/menit S : 36, 2 °C P : 22 x/menit		
2.	DS : – Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa beraktifitas seperti biasanya dan hanya terbaring lemah di tempat tidur – Ibu pasien mengatakan semua kebutuhan yang diperlukan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat – Ibu pasien mengatakan pasien sulit bergerak karena kaki yang patah DO: – Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi	Gangguan Muskuloskeletal	Hambatan mobilitas fisik

	kebutuhannya – Tampak pasien dibantu makan, mandi, pakaian, kerapihan, BAB, BAK dan mobilitas di tempat tidur – Terpasang infuse – Terpasang spalak		
3.	DS : – Pasien mengatakan cemas ketika dokter mengatakan harus dioperasi – Pasien mengatakan cemas dan ragu-ragu dengan hasil operasinya nanti – Pasien mengatakan takut dengan efek dari operasi DO : – Tampak pasien gelisah – Tampak pasien sering marah saat meminta sesuatu – Tampak pasien kadang berteriak-teriak – Tampak pasien gemetar saat wawancara – TD : 130/90 mmHg N : 81 x/menit	Perubahan Besar	Ansietas

	S : 36, 2 °C P : 22 x/menit		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 18 tahun

Unit/Kamar : Bernadeth III A / 358

No.	Diagnosa
1.	Nyeri akut b/d agens cedera fisik
2.	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal
3.	Ansietas b/d perubahan besar

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 18 tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadeth III. A / 358

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcames Clasification (NOC)	Nursing Intervention Clasification (NIC)
Jumat/ 24 Maret 2018	Nyeri akut b/d agens cedera fisik	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan criteria hasil: 1. Tingkat Nyeri : a. Nyeri dirasakan dipertahankan pada skala 1 ditingkatkan ke skala 3 b. Panjang episode nyeri dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 c. Ekspresi nyeri wajah dipertahankan skala 2 ditingkatkan ke skala 3 d. Mengeluarkan keringat dipertahankan pada skala 3	I. Manajemen Nyeri: – Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan – Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan – Pastikan perawatan analgesic bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat – Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat, dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri

		ditingkatkan ke skala 4 e. Ketegangan otot dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2. Nyeri : Respon psikologis tambahan : a. Distres nyeri dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 b. Jengkel terhadap dampak dari nyeri yang mengganggu dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	nonfarmakologi, seuai kebutuhan. – Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi – Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus – Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan II. Monitor Tanda-Tanda Vital – Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat
	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	I. Perawatan tirah baring – Hindari menggunakan kain

	muskuloskeletal	diharapkan hambatan mobilitas dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1. Konsekuensi Imobilisasi : Fisiologi : a. Nyeri tekan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 b. Fraktur tulang dipertahankan pada skala 1 ditingkatkan ke skala 3	linen kasur yang tekturnya kasar – Jaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan – Letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dengan jangkuan yang mudah – Jelaskan alasan diperlukannya tirah baring – Monitor kondisi kulit pasien – Monitor komplikasi dari tirah baring II. Bantuan Perawatan Diri – Berikan peralatan kebersihan pribadi – Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri – Ajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian

			dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri – Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri – Monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan.
	Ansietas b/d perubahan besar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kecemasan pasien dapat berkuarang dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kecemasan : a. Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 b. Mengeluarkan rasa marah secara berlebihan dipertahankan	I. Pengurangan Kecemasan : – Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat – Dengarkan klien Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat – Berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan – Jelaskan semua prosedur

		pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 c. Rasa takut yang disampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 d. Rasa cemas yang disampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 e. Peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	termasuk sensasi yang akan dirasakan yang mungkin akan dialami klien selama prosedur [dilakukan] II. Terapi Relaksasi : – Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup – Minta klien rileks dan merasakan sensasi yang terjadi – Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien – Dapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnya bernafas dalam, menguap, pernafasan perut, atau bayangan yang menyenangkan – Evaluasi dan dokumentasikan

			respon terhadap terapi relaksasi III. Monitor Tanda-Tanda Vital Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M/18 tahun

Ruang/Kamar : St. Bernadeth III. A / 358

Hari/ Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
Minggu/25 Maret 2018	I	08.00	Melakukan pengkajian nyeri komperhensif meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: - Pasien mengatakan kakinya masih sangat sakit sampai ke paha. - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan skala nyeri 7 dan dirasakan terus menerus. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien meringis	Friskila
	I	08.10	Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi non farmakologi (terapi music) H/: - Pasien mengatakan menyukai lagu Iwan Fals - Tampak pasien diberi terapi music dengan mendengarkan lagu Iwan Fals.	Friskila
	I	08.15	Membantu keluarga dalam mencari dukungan bagi pasien seperti orang	Friskila

			terdekat pasien. H/: - Keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai sahabat yang sangat dekat. - Tampak sahabat pasien datang menjenguk dan menjaga pasien	
	I	08.30	Mengendalikan faktor lingkungan agar pasien merasa nyaman. H/: - Keluarga pasien mengatakan bahwa melarang anggota keluarga untuk ribut - Keluarga pasien mengatakan jarang menyentuh tempat tidur pasien agar pasien tidak bertambah sakit - Tampak kamar pasien tidak ribut	Friskila
	I	09.00	Mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam. H/: - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat - pasien mengatakan nyeri belum berkurang setelah melakukan teknik relaksasi	Friskila dan perawat Agnes
	I	09.05	Memberikan obat anti nyeri dan antibiotik.	Friskila dan perawat

			H/: Ketorolac 1 ampul / IV cefoperazone 1 gram / IV	Adol Friskila
	II	09.10	Menghindari menggukan kain linen yang teksturnya kasar. H/: - Tampak pasien mengunakan line yang lembut	 Friskila
	II	09.20	Menjaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan. H/: - Tampak linen pasien bersih dan sudah diganti - Pasien mengatakan nyaman dengan seprei yang bersih	 Friskila
	II	09.25	Menjelaskan alasan diperlukannya tirah baring. H/: - Pasien tampak mengerti yang dijelaskan oleh perawat.	 Friskila
	II	09.30	Memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri. H/: - Pasien mengatakan hanya bisa menyisir rambut saja	 Friskila
	II	09.32	Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan. H/: - Tampak pasien dibantu dalam memenuhi kebutuhan pasien kecuali menyisir Memberikan peralatan kebersihan	 Friskila Friskila

	II	09.35	pribadi. H/: - Tampak keluarga pasien memberikan rexona pada pasien	
	II	09.40	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri. H/: - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat untuk di lap-lap badannya	Friskila dan perawat Agnes
	II	09.50	Mengajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri H/: - Keluarga pasien tampak tidak membantu dalam menyisir rambut dan mengoleskan deodorant	Friskila
	II	10.00	Memonitor komplikasi dari tirah baring dan kondisi kulit pasien H/: - Tampak tidak ada dekubitus pada punggung pasien - Tampak kulit pasien tidak ada yang lecet	Friskila
	I,II	10.10	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 120/70 mmHg Frekuensi nadi : 78 x/menit	Friskila

			S : 36,7 ^{o}c Frekuensi pernafasan : 21 x/menit	
	III	12.00	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. H/: - Tampak keluarga pasien berada disamping pasien sambil mengelus kepala pasien	Friskila
	III	12.30	Mendengarkan keluhan tentang cemas klien. H/: - Pasien mengatakan sangat cemas dengan operasinya pada hari senin nanti - Pasien mengatakan ini pertama kalinya dia akan dioperasi dan pasien merasa sangat takut - Tampak pasien tiba-tiba berkeringat - Pasien mengatakan akan berusaha untuk tidak takut sebelum dioperasi. - Tampak pasien	Friskila
	III	12.35	Memberikan aktifitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi cemas. H/: - Pasien mengatakan senang mendengarkan lagu Iwan Fals - Tampak keluarga pasien memutarkan lagu Iwan Fals Menjelaskan prosedur dari teknik relaksasi yang akan diajarkan dan	Friskila Friskila

	III	12.47	tujuan diberikannya terapi relaksasi. H/: - Pasien mengerti dengan yang dikatakan perawat dan ingin menerima masukan perawat	
	III	12.55	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup. H/: - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya sekarang - Tampak pasien mengenakan sarung sambil menutup mata	Friskila
	III	13.05	Menunjukkan dan mempraktikan teknik relaksasi pada klien. H/: - Tampak pasien mampu melakukan napas dalam	Friskila
	III	13.25	Meminta klien rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dari terapi relaksasi yang diajarkan. H/: - Tampak pasien mendengar musik sambil menutup matanya dan tarik napas dalam. - Tampak pasien menikmati musiknya dan tarik napas dalam hingga pasien tertidur	Friskila
	I,II,		Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan	Friskila

	III	16.00	H/: TD : 120/60 mmHg Frekuensi Nadi : 76 x/menit S : 36,2 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit	
	I	17.00	Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV	Perawat Tia
	II	17.30	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri H/: - Tampak pasien disuap saat makan oleh ibunya	Perawat Jannah
	I	19.00	Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah diajarkan pada pasien. H/: - Tampak pasien masih meringis - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 7	Perawat Jannah
	I	21.00	Memberikan obat antibiotik. H/: Cefoperazone 1 gram/IV	Perawat Elsi
	III	20.04	Mengobservasi tindakan relaksasi yang telah diajarkan. H/: - Tampak pasien menggunakan tarik napas dalam	Perawat Jannah
	III	21.00	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: - Pasien mengatakan masih merasa takut akan operasi	Perawat Tia

			yang akan dilaksanakan - Pasien mengatakan akan tetap melakukan terapi yang diajarkan perawat sampai akan dioperasi	
	I,II, III	22.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 110/70 mmHg Frekuensi Nadi : 81 x/menit S : 36,5 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit	Perawat Jannah
	I	24.00	Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan	Perawat Elsi
	I,II, III	05.00	H/: TD : 130/90 mmHg Frekuensi Nadi : 88 x/menit S : 37,1 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit	Perawat Tia
	I	07.15	Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan H/: - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 7 - Pasien mengatakan kakinya masih sangat sakit sampai ke paha.	Perawat Jannah

	III	07.30	- Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien meringis Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: - Pasien mengatakan takut akan operasi yang akan dilaksanakan sebentar - Pasien mengatakan sangat cemas dengan operasinya. - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien berkeringat.	Perawat Jannah

Senin/26 Maret 2018	I	09.00	Memberikan obat anti nyeri dan antibiotic. H/: Ketorolac 1 amp/IV Cefoperazone 1 gram/IV	Friskila

	I,II, III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 140/90 mmHg Frekuensi Nadi : 91 x/menit S : 36,5 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit	Friskila
	I	10.57	Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah diajarkan. H/: - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 7 - Pasien mengatakan kakinya masih sangat sakit sampai ke paha. - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien meringis	Friskila
	I	11.00	Membantu keluarga dalam mencari dukungan bagi pasien seperti orang terdekat pasien. H/: - Tampak sahabat pasien datang menjenguk dan menjaga pasien	Friskila
	I	11.14	Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi H/: - Tampak pasien mendengarkan lagu Iwan Fals.	Friskila

	I	11.30	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri. H/: - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat - Pasien mengatakan nyeri agak berkurang setelah melakukan teknik relaksasi	Friskila
	II	11.45	Menjaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan H/: - Tampak linen pasien bersih dan sudah diganti - Pasien mengatakan nyaman dengan seprei yang bersih	Friskila
	I	12.00	Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan H/: - Keluarga pasien mengatakan jarang menyentuh tempat tidur pasien agar pasien tidak bertambah sakit - Tampak kamar pasien tidak ribut	Friskila
	II	14.30	Memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan. H/: - Tampak pasien dibantu dalam memenuhi kebutuhan sehari-	Friskila

			hari pasien kecuali menyisir	
	II	16.00	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri H/: - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam membersihkan badan pasien.	Perawat Agnes
	I,II, III	16.10	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 140/70 mmHg Frekuensi Nadi : 80 x/menit S : 36,3 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit	Perawat Agnes
	I	17.00	Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV	Perawat Agnes
	II	17.30	Memonitor komplikasi dari tirah baring dan kondisi kulit pasien H/: - Tampak tidak ada dekubitus pada punggung pasien - Tampak kulit pasien tidak ada yang lecet	Perawat Adol
	III	19.00	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat H/: - Tampak keluarga pasien berada disamping pasien sambil mengelus kepala pasien	Perawat Jannah

	III	20.45	Mendengarkan keluhan pasien masalah kecemasannya. H/: - Pasien mengatakan sangat cemas ingin dioperasi - Tampak pasien tiba-tiba berkeringat - Pasien mengatakan akan berusaha untuk tidak takut namun saat ingin operasi dia merasa sangat cemas	Perawat Jannah
	I	21.00	Memberikan obat antibiotik. H/: Cefoperazone 1 gram/IV	Perawat Agnes
	I,II, III	22.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 140/80 mmHg Frekuensi Nadi : 86 x/menit S : 36,8 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit	Perawat Adol
	I	22.15	Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah diajarkan. H/: - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 6 - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak sakit terlalu sakit lagi seperti kemarin. - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk.	Beatris

			- Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien sedikit meringis. Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV	
	I	24.00		Beatris
			Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan	
	I,II, III	05.00	H/: TD : 130/80 mmHg Frekuensi Nadi : 86 x/menit S : 36,8 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit	Beatris
			Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah	
	I	05.30	diajarkan. H/: - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 6 - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien sedikit meringis. - Tampak pasien gelisah. Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap	Beatris

			terapi relaksasi.	
	III	06.15	H/: - Pasien mengatakan takut jika perawat bertanya masalah operasinya. - Pasien mengatakan sangat cemas dengan operasinya. - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien berkeringat jika ditanya masalah operasinya.	Beatris
			Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri	
	II	07.00	H/: - Tampak pasien disuap saat makan oleh ibunya - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan hariannya. - Pasien mengatakan belum bisa makan sendiri dan hanya bisa melakukan satu kegiatan saja.	Beatris

Selasa/27 Maret 2018	I	08.45	Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah diajarkan. H/: - Pasien mengatakan nyerinya	Friskila

			masih dirasakan dengan skala 6 - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien sedikit meringis. - Tampak pasien sedikit gelisah.	
	III	08.55	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: - Pasien mengatakan takut terhadap operasinya - Pasien mengatakan sangat cemas jika ingin dioperas - Tampak pasien gelisah jika ditanya masalah operasinya - Tampak pasien berkeringat jika ditanya masalah operasinya.	Friskila
	I	09.00	Memberikan obat anti nyeri dan antibiotik. H/: Ketorolac 1 amp/IV Cefoperazone 1 gram/IV	Friskila
	I,III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 130/70 mmHg	Friskila

			Frekuensi Nadi : 80 x/menit S : 36,1 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit	
	I,III	10.15	Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi melalui terapi musik. H/: - Tampak pasien mendengarkan lagu Iwan Fals.	Friskila
	I	10.20	Mengobservasi tindakan terapi relaksasi tarik napas dalam yang telah diajarkan. H/: - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat - Pasien mengatakan nyeri agak berkurang setelah melakukan teknik relaksasi	Friskila
	II	10.25	Menjaga kain linen kasur tetap bersih, kering dan bebas kerutan H/: - Tampak linen pasien bersih dan sudah diganti - Pasien mengatakan nyaman dengan seprei yang bersih yang telah diganti.	Friskila
	II	10.45	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri H/: - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam membersihkan badan pasien.	Friskila

	III	12.00	Mendengarkan keluhan klien masalah kecemasannya H/: - Pasien mengatakan sangat cemas ingin dioperasi. - Tampak pasien tiba-tiba berkeringat. - Pasien mengatakan akan berusaha untuk tidak takut namun saat ingin operasi dia merasa sangat cemas.	Friskila
	I	12.45	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. H/: - Tampak keluarga pasien berada disamping pasien sambil mengelus kepala pasien sampai pasien tertidur	Friskila
	II	14.00	Memonitor komplikasi dari tirah baring dan kondisi kulit pasien H/: - Tampak tidak ada dekubitus pada punggung pasien - Tampak kulit pasien tidak ada yang lecet.	Friskila
	I,III	16.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 130/90 mmHg Frekuensi Nadi : 76 x/menit S : 36,5 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 19 x/menit	Gita

			Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV	
	I	17.00	Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan	Gita
	I	17.45	H/: - Tampak kamar pasien tenang karena keluarga pasien melarang anggota keluarganya untuk tidak terlalu ribut	Gita
	II	18.00	Mengajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri H/: - Keluarga pasien tampak tidak membantu dalam menyisir rambut dan mengoleskan deodorant	Gita
	I	19.00	Membantu keluarga dalam mencari orang terdekat dengan klien. H/: - Tampak sahabat pasien dan keluarga pasien yang lainnya datang menjenguk dan menjaga pasien	Gita
	III	20.00	Mendengarkan keluhan klien mengenai kecemasannya. H/: - Pasien mengatakan sangat cemas bila disuruh untuk dioperasi	Gita

			- Tampak pasien tiba-tiba berkeringat - Pasien mengatakan sudah berusaha untuk tidak takut untuk di operasi. Memberikan obat antibiotik. H/: Cefoperazone 1 gram/IV	
	I	21.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 120/70mmHg Frekuensi Nadi : 78 x/menit	Gita
	I,III	22.00	S : 36,7 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 19 x/menit Memberikan obat anti nyeri. H/: Ketorolac 1 amp/IV	Indriani
	I	24.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan H/: TD : 120/80mmHg Frekuensi Nadi : 81 x/menit	Indriani
	I,III	05.00	S : 36,9 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit Mengevaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang telah diajarkan pada klien.	Indriani
	I	05.47	H/: - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 6	Indriani

			- Pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit - Pasien mengatakan rasanya masih seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Tampak wajah pasien sedikit meringis. - Tampak pasien tidak terlalu gelisah.	
	III	06. 35	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: - Pasien mengatakan masih takut jika ingin dioperasi. - Pasien mengatakan sangat cemas jika perawat atau dokter membahas masalah operasi. - Tampak pasien gelisah. - Tampak pasien berkeringat.	Indriani
	II	07.00	Memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri H/: - Tampak pasien disuap saat sarapan pagi oleh ibunya - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan hariannya. - Pasien mengatakan belum bisa makan sendiri dan hanya bisa melakukan kegiatan	Indriani

			tertentu saja, seperti menyisir, memakai deodorant dan main hp.	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. M / 18 tahun

Unit/Kamar : St. Bernadeth III. A / 358

Hari/Tanggal	No. Dx	Evaluasi Keperawatan	Perawat
Minggu/25 Maret 2018	I	S : - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 7 - Pasien mengatakan kakinya masih sangat sakit sampai ke paha. - Pasien mengatakan rasanya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak O : - Tampak pasien diberi terapi music dengan mendengarkan lagu Iwan Fals. - Tampak wajah pasien meringis - Tampak sahabat pasien datang menjenguk dan menjaga pasien - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat - TTV : TD : 130/90 mmHg, Frekuensi, Nadi : 88 x/menit, S : 37,1 ^{o}c, Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit A : Nyeri masih dirasakan P : Lanjutkan intervensi: - Manajemen Nyeri - Monitor Tanda-Tanda Vital	Friskila

	II	S : - Pasien mengatakan nyaman dengan seprei yang bersih - Pasien mengatakan hanya bisa menyisir rambut saja O : - Tampak pasien mengunakan line yang lembut - Tampak pasien dibantu dalam memenuhi kebutuhan pasien kecuali menyisir - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat untuk di lap-lap badannya - Keluarga pasien tampak tidak membantu dalam menyisir rambut dan mengoleskan deodorant - Tampak pasien disuap saat makan oleh ibunya. A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Perawatan tirah baring - Bantuan Perawatan Diri	Friskila
	III	S : - Pasien mengatakan takut akan operasi yang akan dilaksanakan sebentar - Pasien mengatakan sangat cemas dengan operasinya. - Pasien mengatakan takut akan operasi yang akan dilaksanakan sebentar - Pasien mengatakan akan tetap melakukan terapi yang diajarkan perawat sampai akan dioperasi O : - Tampak keluarga pasien berada disamping pasien sambil mengelus	Friskila

		kepala pasien - Tampak keluarga pasien memutarkan lagu Iwan Fals - Tampak pasien menikmati musiknya dan tarik napas dalam hingga pasien tertidur - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien tiba-tiba berkeringat. - TTV : TD : 130/90 mmHg, Frekuensi, Nadi : 88 x/menit, S : 37,1 ^{o}c, Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit. A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Pengurangan Kecemasan - Terapi Relaksasi - Monitor Tanda-Tanda Vital	

Senin/26 Maret 2018	I	S : - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 6 - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit - Pasien mengatakan rasanya seperti	Friskila

		tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Keluarga pasien mengatakan jarang menyentuh tempat tidur pasien agar pasien tidak bertambah sakit. - Pasien mengatakan nyeri agak berkurang setelah melakukan teknik relaksasi. O : - Tampak wajah pasien sedikit meringis. - Tampak pasien gelisah. - Tampak pasien mendengarkan lagu Iwan Fals. - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat - TD : 130/80 mmHg Frekuensi Nadi : 86 x/menit S : 36,8 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit A : Nyeri terkontrol (teratasi) sesuai dengan tujuan di NOC. P : Lanjutkan intervensi: - Manajemen Nyeri - Monitor Tanda-Tanda Vital	
	II	S : - Pasien mengatakan belum bisa makan sendiri dan hanya bisa melakukan satu kegiatan saja. O : - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan hariannya seperti membersihkan badan pasien.	Friskila

		- Tampak pasien disuap saat makan oleh ibunya. A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Perawatan tirah baring - Bantuan Perawatan Diri	
	III	S : - Pasien mengatakan takut jika perawat bertanya masalah operasinya. - Pasien mengatakan sangat cemas dengan operasinya. - Pasien mengatakan akan berusaha untuk tidak takut, namun saat ingin operasi dia merasa sangat cemas. O : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien berkeringat jika ditanya masalah operasinya. - TD : 130/80 mmHg Frekuensi Nadi : 86 x/menit S : 36,8 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Pengurangan Kecemasan - Terapi Relaksasi - Monitor Tanda-Tanda Vital	Friskila

Selasa/27 Maret 2018	I	S : - Pasien mengatakan nyerinya masih dirasakan dengan skala 6 - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit - Pasien mengatakan rasanya masih	Friskila

		seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak O : - Tampak wajah pasien sedikit meringis. - Tampak pasien tidak terlalu gelisah - TD : 120/80mmHg Frekuensi Nadi : 81 x/menit S : 36,9 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit A : Nyeri terkontrol (teratasi) sesuai dengan tujuan di NOC. P : Lanjutkan intervensi: - Manajemen Nyeri - Monitor Tanda-Tanda Vital	
	II	S : - Pasien mengatakan belum bisa makan sendiri dan hanya bisa melakukan kegiatan tertentu saja, seperti menyisir, memakai deodorant dan main hp. O : - Tampak pasien disuap saat sarapan pagi oleh ibunya - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan hariannya. A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Perawatan tirah baring - Bantuan Perawatan Diri	Friskila
	III	S : - Pasien mengatakan masih takut jika ingin dioperasi. - Pasien mengatakan sangat cemas jika perawat atau dokter membahas masalah operasi. O : - Tampak pasien gelisah saat ditanya	Friskila

		operasinya - Tampak pasien berkeringat saat ditanya operasinya - TD : 120/80mmHg Frekuensi Nadi : 81 x/menit S : 36,9 ^{o}c Frekuensi Pernafasan : 20 x/menit A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Pengurangan Kecemasan - Terapi Relaksasi - Monitor Tanda-Tanda Vital	

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn. “M” dengan usia 18 tahun, masuk rumah sakit Stella Maris Makassar pada 29 Maret 2017 diruang perawatan Bernadeth III. A dengan diagnosa medic fraktur tibia fibula. Pasien masuk dengan patah pada kaki kiri dialami akibat menabrak pembatas jalan.

Dari hasil pengkajian tanggal 24 maret 2018 didapatkan data diagnosa medik fraktur tibia fibula dengan keluhan nyeri pada kaki kiri seperti tertusuk-tusuk . Keadaan umum pasien tampak sakit sedang, Pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang, GCS 15. Tampak terpasang infuse ringe laktat 500 cc pada tangan sebelah kiri dengan jumlah tetesan 20 tetes/menit. Tampak terpasang spalak dibungkus dengan kasa gulung pada kaki kiri. Hasil observasi tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah: 130/90 mmHg, suhu: 36,2°C, pernafasan: 22 x/menit, nadi: 81 x/menit. Hasil foto rongent fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal. Terapi yang diberikan pada pasien yaitu terapi obat-obatan cefoperazone 1 gram/ 12 jam (IV), ketorolac 1 amp/ 8 jam (IV)., terapi cairan yaitu RL 500 ml 20 tetes/menit.

Diagnosa yang diangkat, nyeri akut berhungan dengan agens cedera fisik, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, ansietas berhubungan dengan perubahan besar. Intervensi secara umum adalah manajemen nyeri, monitor tanda-tanda vital, perawatan tirah baring, bantuan perawatan diri, pengurangan kecemasan, terapi relaksas. Setelah melakukan implementasi selama 3 hari maka evaluasi dilaksanakan dan didapatkan data nyeri berkurang, hambatan mobilitas fisik mulai teratasi dan ansietas mulai berkurang.

tertusuk-tusuk dan bertambah saat mencoba untuk menggerakan kaki kirinya dengan skala nyeri 8 karena sakitnya tidak tertahankan dan terasa terus- menerus, perubahan warna kulit pada kaki kiri dan nyeri disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang menyebabkan pelepasan mediator-mediator nyeri seperti histamine, bradikinin dan prostaglandin yang dapat merangsang noseseptor kemudian nyeri diteruskan ke korteks serebri, sehingga bisa dipresepsikan. Pada kasus Tn. “M”, penyebab fraktur menurut penulis karena adanya trauma langsung yang menyebabkan klien mengalami patah pada tungkai bawah kiri yaitu tulang tibia fibula. Hasil pemeriksaan diagnostik yaitu foto rontgen dengan hasil fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal.

Sebagian data yang ada pada tinjauan teoritis ditemukan pada pasien yang bersangkutan, akan tetapi ada beberapa data juga yang tidak dapat ditemukan pada pasien. Sedangkan untuk pemeriksaan diagnostik ada beberapa yang tidak dilakukan pada Tn. “M” seperti pemeriksaan CT Scan tidak dilakukan, karena pasien sudah melakukan pemeriksaan rontgent dan dianggap sudah mendukung untuk menentukan diagnosis fraktur sebelum dibedah. Hasil observasi tanda-tanda vital yaitu: TD: 130/90 mmHg, N: 81 x/menit, S: 36,2°C, P: 22 x/menit.

Berdasarkan data pada pasien, nyeri dapat terjadi karena adanya trauma akibat terputusnya kontiunitas jaringan tulang disertai kerusakan pada jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga terjadi respon nyeri pada pasien (Helmi, 2012). Saat terjadi fraktur atau patah tulang, maka ekstrimitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot. Respon cemas dapat terjadi karena adanya perubahan status kesehatan yang dirasakan sebagai ancaman kehidupan dan stres terhadap penyakit yang dirasakan.

B. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka penulis mencatat terdapat 3 diagnosa pada kasus. Adapun diagnosa yang penulis angkat berdasarkan pengkajian, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Adapun alasan penulis untuk mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa pertama, karena masalah utama yang dirasakan yaitu rasa sakit pada kaki sampai ke paha dan nyeri bertambah saat mencoba untuk menggerakkan kakinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 karena sakitnya tidak tertahankan dan terus-menerus, ekspresi wajah meringis dan menjerit kesakitan, tangan kanan pasien menggenggam erat seprei dan tangan kiri pasien mengepal sangat kuat, , tampak wajah berkeringat dan tampak kaki pasien terpasang spalak dibungkus kasa gulung. Adapun pemeriksaan diagnostik yang mendukung diagnosa ini yaitu foto rontgent dengan hasil fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

   Diagnosa ini diangkat sebagai diagnosa kedua, karena ditemukan data yang mendukung yaitu, pasien tidak dapat beraktifitas dan dibantu oleh keluarga serta perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar.

   Diagnosa ini diangkat karena pasien merasa takut dan cemas akan operasinya, serta gemetar saat diajak wawancara.

Sementara pada teori, terdapat 7 diagnosa, diantaranya yaitu:

1.Nyeri akut b/d agens cedera fisik

2. Risiko tinggi syok dengan faktor risiko hipovolemia

3. Risiko infeksi dengan faktor risiko kurang pengetahuan

4. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi
5. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal
6. Ansietas b/d perubahan besar
7. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh

Berdasarkan diagnosa diatas, terdapat 4 diagnosa yang tidak diambil oleh penulis menurut teori, ini disebabkan karena diagnosa pada teori adalah diagnosa yang dimunculkan dan mungkin saja terjadi pada penderita fraktur. Namun pada kasus hanya terdapat 3 diagnosa yang diambil penulis karena setiap pribadi dan kondisi pasien berbeda-beda.

C. Perencanaan keperawatan

Setelah didapatkan diagnosa keperawatan, maka penulis menetapkan sebuah perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah diangkat, adapun perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu: kaji nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi, pastikan perawatan analgesic bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat, bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan, kolaborasi dengan pasien, orang terdekat, dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, seuai kebutuhan. Tidak semua perencanaan yang ada pada teori ada pada kasus nyata di

lapangan. Hal ini terjadi karena dalam menetapkan perencanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Intervensi yang dibuat diagnose ini yaitu: letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dengan jangkuan yang mudah, monitor kondisi kulit pasien dan monitor komplikasi dari tirah baring, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri, ajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri, monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, monitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan, jelaskan alasan diperlukannya tirah baring.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar.Intervensi yang disusun sesuai dengan keadaan pasien dimana penulis lebih menekankan pada intervensi, dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, dengarkan klien puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat, berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien, monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

D. Implementasi keperawatan

Berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah dibuat oleh penulis, maka penulis akan mengimplentasikannya sesuai dengan renacana keperawatan yang telah ditbuat. Adapun pelaksanaan keperawatan oleh penulis, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Masalah nyeri pada kaki kiri dapat diminimalkan dengan memberikan obat ketorolac dan cefoperazone. Serta menganjurkan pasien

menggunakan teknik relaksasi bila nyeri timbul, mengobservasi tanda-tanda vital pasien dengan posisi berbaring, memberi posisi yang nyaman.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Dapat diminimalkan dengan cara: meletakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dengan jangkuan yang mudah, memonitor kondisi kulit pasien dan memonitor komplikasi dari tirah baring, memberikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri, memonitor kebutuhan pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan, jelaskan alasan diperlukannya tirah baring.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar. Dapat diterima dengan cara, mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, mendengarkan klien puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat, berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan, mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien, memonitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

E. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukannya rencana keperawatan diatas, maka penulis mendapatkan hasil dari tindakan keperawatan tersebut. Adapun hasil yang telah didapatkan dari implementasi keperawatan, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Pada diagnosa keperawatan ini sudah mulai terkontrol/teratasi hal ini dapat dilihat dengan pasien mengatakan kakinya sudah tidak terlalu sakit lagi

dengan skala nyeri 6, tampak wajah pasien tidak terlalu meringis dan wajah tampak rileks.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Pasien sudah mulai menunjukkan adanya tanda-tanda perubahan dimana pasien mulai melakukan aktifitas di tempat tidur dan tetap mempertahankan pergerakan dan posisi fraktur, tetapi kebutuhan pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar. Masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan sangat cemas akan dioperas, TD : 140/100 mmHg dan pasien batal operasi pada hari senin. Intervensi masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata yang terjadi pada pasien Tn. “M” usia 18 tahun dengan fraktur tibia fibula di ruang perawatan St. Bernadeth III. A di rumah sakit Stella Maris Makassar selama 4 hari dari tanggal 24-27 Maret 2018.

Penulis menyajikan pembahasan kasus ini berdasarkan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berdasarkan teori manifestasi klinik yang muncul pada fraktur adalah: Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, deformitas, pemendekan tulang, krepitus, pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit. Penyebab fraktur bisa disebabkan karena pukulan langsung, gaya remuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem.

Pada pemeriksaan diagnostik untuk menunjang diagnose pada pasien fraktur yaitu pemeriksaan rontgen: menentukan lokasi/ luasnya fraktur/ trauma, dan jenis fraktur. Scan tulang, tomogram, CT Scan/MRI: memperlihatkan tingkat keparahan fraktur, juga dapat untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak. Arteriogram: dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan vaskuler. Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkatkan (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel trauma). Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multipel atau cedera hati.

Berdasarkan pengkajian manifestasi klinik yang diperoleh pada pasien dengan keluhan nyeri pada kaki sampai ke paha, seperti

b. Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

c. Ansietas b/d perubahan besar

3. Perencanaan keperawatan

Semua intervensi yang telah dibuat, ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ini yaitu: kaji nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi, pastikan perawatan analgesic bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat, bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan, kolaborasi dengan pasien, orang terdekat, dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, seuai kebutuhan. Tidak semua perencanaan yang ada pada teori ada pada kasus nyata di lapangan. Hal ini terjadi karena dalam menetapkan perencanaan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Intervensi yang dibuat diagnose ini yaitu: letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dengan jangkuan yang mudah, monitor kondisi kulit pasien dan monitor komplikasi dari tirah baring, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri, ajarkan orang tua/keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan perawatan diri, monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, monitor kebutuhan

pasien terkait dengan alat-alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian, berdandan, eliminasi dan makan, jelaskan alasan diperlukannya tirah baring.

c. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar.Intervensi yang disusun sesuai dengan keadaan pasien dimana penulis lebih menekankan pada intervensi, dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, dengarkan klien puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat, berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien, monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan seluruhnya bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan pada masing-masing diagnosa keperawatan berkat kerjasama yang baik dari pasien dan keluarga pasien, teman, perawat dan tim medis lainnya dan didukung oleh saran dan prasarana yang tersedia dengan baik di Rumah Sakit.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil dari tindakan yang dilakukan selama tiga hari untuk mengatasi masalah yang ada. Evaluasi keperawatan yang didapatkan yaitu hasil dari ketiga diagnosa keperawatan belum teratasi seluruhnya sesuai dengan tujuan yang diterapkan di Nursing Outcome (NOC) yaitu nyeri akut mulai teratasi dimana nyeri pasien yang dirasakan mulai berkurang dari skala 8 menjadi skala 6. Diperoleh hasil evaluasi dari masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi sesuai dengan tujuan NOC, dimana pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam

kebutuhan hariannya, dan masalah ansietas pada pasien juga belum teratasi sesuai dengan tujuan NOC, dimana pasien gagal operasi karena ketakutannya untuk dioperasi.

B. Saran

1. Bagi keluarga dan pasien dapat mengetahui informasi tentang perawatan serta pengobatan untuk dapat mempermudah penyembuhan dan meminimalkan kecacatan serta jika pasien pulang diharapkan dapat lebih berhati-hati untuk beraktivitas.
2. Bagi rumah sakit Stella Maris Makassar, tetap mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien terutama dengan gangguan sistem muskuloskeletal dan dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai.
3. Bagi perawat sebagai anggota tim kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan pasien dituntut terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga mampu merawat pasien secara komprehensif dan optimal.
4. Bagi institusi/pendidikan hendaknya meningkatkan keterampilan mahasiswa/i dalam melaksanakan kegiatan praktek lapangan dan pengadaan buku-buku perpustakaan yang berkaitan dengan perawatan fraktur semakin ditingkatkan.
5. Bagi mahasiswa/keperawatan

   Sebagai bahan pengetahuan para mahasiswa/i untuk lebih memahami dan mengerti tentang asuhan keperawatan pada pasien fraktur.

.

DAFTAR PUSTAKA

Agustinus, Andy Santosa.2011.*Pemeriksaan Fisik, Physical Assessment*.Jakarta:Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan St. Carolus

Deglin,Hopfer,Judith & Vallerand,Hazard,April.2009.*Pedoman Obat Untuk Perawat.Jakarta*:EGC

Lukman dan Ningsih,Nurna.2009.*Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*.Jakarta:Salemba Medika.

MRO Rumah Sakit Stella Maris.2015.*Statistik penyakit Fraktur*.Makassar:Tidak Untuk Dipublikasikan

Mutaqin,Arif.2011.*Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan*.Jakarta:EGC.

Noor,Helmi,Zairin.2013.*Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*.Jakarta: Salemba Medika.

Nurhidayah.http://digilib.unismus.ac.id/files/disk1//135/jtptunimus-gdl-nurhidayah-6731-2-babii.pdf.Diakses pada tanggal 14 Mei 2018.

Nurkholisalrosyid.2013.http://nurkholisalrosyid.wordpress.com/2013/07/03/asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan-gangguan-fraktur/amp/.Diakses pada tanggal 14 Mei 2018.

Nursing Interventions Classification (NIC).2013.*Nursing Intervention Classification*.Edisi ke-6,edisi Bahasa Indonesia:Intansari Nurjannah,Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes Classification (NOC).2013.*Nursing Outcomes Classification*.Edisi ke-5,edisi Bahasa Indonesia:Intansari,Nurjannah,Roxsana D. Tumanggor

Puspitasari.2012.http://eprints.ums.ac.id/30916/2/BAB_I.pdf.Diakses pada tanggal 7 Mei 2018

Sulistianingrum.2012.http://eprints.ums.ac.id/20977/19/*Naskah Publikasi Ilmiah*.pdf.Diakses pada tanggal 10 Mei 2018

_____ .http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/39178/4/Chapter%20II.pdf. Diakses pada tanggal 31 Mei 2018

BAB V
SIMPULAN

Setelah melakukan asuhan perawatan pada pasien dengan gangguan system muskuloskeletal, fraktur cruris di ruangan St. Bernadeth III. A rumah sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada pengkajian penulis mendapat data-data sebagai berikut. Pengkajian keperawatan pasien Tn. M usia 18 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 23 Maret 2018 dengan keluhan utama nyeri. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Maret 2018 diperoleh data : pasien mengeluh rasa sakit pada kaki sampai ke paha dan nyeri bertambah saat mencoba untuk menggerakkan kakinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 8 karena sakitnya tidak tertahankan dan terus-menerus, ekspresi wajah meringis dan menjerit kesakitan, tampak pasien dibantu dalam beraktivitas oleh keluarga serta perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Terpasang spalak dibungkus dengan kasa gulung. Tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang. Pasien mengatakan sangat cemas dan takut terhadap operasinya. Hasil foto rontgen : fraktur os, tibia sinistra 1/3 tengah, fraktur os, fibula sinistra 1/3 proksimal.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa merupakan hasil suatu masalah dan penyebab yang didapatkan dari pasien dengan cara pengumpulan data dan melihat respon yang ada. Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis dari hasil pengkajian pada kasus Tn. “M” yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik

LEMBAR KONSUL

Nama : Friskila Massora E. Bulan

Nim : E1514401022

Judul : Asuhan keperawatan pada Tn. “M” dengan Fraktur Cruris di ruang perawatan St. Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Elmiana Bongga Linggi,Ns.M.Kes

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	27 Maret 2018	Pengkajian, rencana keperawatan.	
2	2 April 2018	Pengkajian, rencana keperawatan, implementasi.	
3	10 April	Evaluasi, BAB I, BAB II	
4	15 Mei 2018	BAB II, BAB I	
5	17 Mei 2018	BAB I, BAB II, BAB IV	
6	23 Mei 2018	BAB I	
7	25 Mei 2018	Evaluasi, BAB IV, BAB V	
8	30 Mei 2018	Patoflowdiagram	
9	31 Mei 2018	ACC seluruh BAB	