

**ASUHAN KEPERAWATAAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN
NYAMAN NYERI PADA Sdr.A DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR CRURIS DI
RUANG INAYAH PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif
Jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan**



Disusun oleh :

Risqi YuningTyas IP

A01201680

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

2016

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan Hasil Ujian Komprehensif Telah Diterima dan Disetujui Oleh Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong pada :

Hari/ Tanggal : Kamis, 21 Juli 2016

Tempat : STIKes Muhammadiyah Gombong

Pembimbing

(Sarwono, SKM)

**ASUHAN KEPERAWATAAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN
NYAMAN NYERI PADA Sdr.A DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR CRURIS DI
RUANG INAYAH PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Risqi YuningTyas IP

A01201680

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 02 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Dadi Santoso, M.Kep

(.....)

2. Sarwono, SKM

(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Muhammadiyah Gombong



(Sawiji, S.Kep.Ns, M.Sc.)

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2016
Risqi YuningTyas IP¹, Sarwono², SKM

**ASUHAN KEPERAWATAAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN
NYAMAN NYERI PADA Sdr.A DENGAN DIAGNOSA FRAKTUR CRURIS DI
RUANG INAYAH PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

ABSTRAK

Latar belakang: masalah karya tulis ilmiah ini berdasarkan data yang diperoleh dari berbagai sumber kepustakaan yang menyatakan salah satu dari kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi adalah rasa aman dan nyaman, secara umum dalam aplikasinya yaitu bebas dari rasa nyeri.

Tujuan umum: penulisan karya tulis ilmiah yaitu untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman dengan diagnose medis fraktur cruris dextra.

Pembahasan: Dalam pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 30 Mei 2016 dan hari Selasa, 31 Mei 2016 pada Sdr.A diantaranya nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, risiko infeksi: prosedur invasive.

Hasil: Evaluasi yang dilakukan selama 2 hari pengelolaan analysis/assessment masih belum dapat teratasi dikarenakan waktu pengelolaan yang singkat dibuktikan dengan klien masih mengeluh nyeri, nyeri tetap dengan skala 8, nyeri bertambah jika bergerak, nyeri dibagian bekas luka operasi, nyeri terus menerus.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Aman dan nyaman, nyeri akut.

DIPLOMA III OF NURSING PROGRAM
MUHAMMADIYAH HEALTH SCIENCE INSTITUTE OF GOMBONG
Scientific Paper, July, 2016

Risqi YuningTyas IP¹, Sarwono², SKM

ABSTRACT

**NURSING CARE OF FULFILING SECURE AND COMFORT NEED TO
MR A WITH FRACTURE CRURIS AT INAYAH WARD PKU
MUHAMMADIYAH HOSPITAL OF GOMBONG**

Background: various sources of literature state that one of the basic human needs that must be met is a sense of security and comfort. Generally, the application of this basic need is free from pain.

Objective: to provide an overview of nursing care of fulfilling secure and comfort need to Mr A with fracture of the distal third tibia at Inayah Ward, PKU Muhammadiyah Hospital of Gombong.

Discussion: nursing diagnoses were acute pain associated with agents of physical injury, and risk of infection: invasive procedures. Intervention and implementation were assisting patient in dealing with pain, both pharmacological and nonpharmacological treatments, measuring vital signs, and doing wound care.

Results: Evaluation carried out for 2 days nursing management showed that his pain relieved with scale 8 subjectively, good general condition, normal vital signs (blood pressure: 110/70 mmHg, pulse: 74 bpm, RR: 19 tpm, temperature: 36 °C).

Keywords: *nursing care, secure and comfort basic need, acute pain.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat_Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Nyeri Pada Sdr.A Dengan Diagnosa Fraktur Cruris Di Ruang Inayah PKU Muhammadiyah Gombong”. Penulis Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi tugas akhir ujian komprehensif jenjang pendidikan Diploma III Keperawatan Pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Tahap proses pembuatan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak memperoleh bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak sehingga karya tulis ini dapat di selesaikan dengan baik, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak M. Madkhan Anis, S.Kep.Ns selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Bapak Sawiji, S.Kep,Ns, M.Sc. selaku ketua prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Bapak Direktur Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Gombong yang telah member izin kepada penulis untuk melakukan ujian komprehensif di rumah sakit.
4. Bapak Syamsul Bahri, S.Kep.Ns selaku penguji ujian komprehensif dari rumah sakit yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Bapak Sarwono, SKM selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, dan arahan kepada penulis.
6. Bapak Dadi Santoso selaku dewan penguji dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
7. Bapak dan Ibu Perawat ruang Inayah Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Gombong yang telah membantu dalam proses ujian komprehensif.
8. Bapak dan Ibu Dosen dan Staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong yang telah membimbing dan memberikan

materi selama penulis belajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

9. Kepada Sdr.A dan keluarga yang telah bersedia untuk di jadikan pasien kelolaan dan membantu saya dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada kedua orangtua tercinta Bapak Triyono dan Ibu Nani Sukatni, terutama Ibu saya yang tiada hentinya mendoakan saya dan memberikan motivasi belajar baik dari segi moral maupun dari segi materi.
11. Kepada Imamku Bayu Irawan dan buah hatiku Geralt Raditya El-Rafif yang selalu memberikan semangat dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini.
12. Teman teman DIII Keperawatan Seperjuangan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong angkatan 2012 dan 2013 yang telah memberikan doa, semangat, bantuan dan pikiran kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini belum sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun masih sangat diharapkan penulis.

Gombong, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
BAB II KONSEP DASAR	
A. Kenyamanan.....	7
B. Pengertian Nyeri.....	9
C. Distraksi Relaksaksi.....	17
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	22
B. Analisis Data.....	24
C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.....	26
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.....	30
B. Kerusakan integritas jaringan.....	33
C. Implementasi.....	34
D. Analisis Tindakan.....	40

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	45
B. Saran.....	46

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB I

PRNDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut potter dan perry (2006) kenyamanan adalah suatu keadaan terpenuhi kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari) , kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan *transenden* (keadaan tentang sesuatu yang melebihi suatu masalah atau nyeri). Cara pandang yang *holistic* tentang kenyamanan membantu dalam mengidentifikasi empat konteks yaitu fisik berhubungan dengan sensasi tubuh. Social berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan social. Psikospitural berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan. Lingkungan berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature , warna, dan unsur-unsur alamiah.

Menurut Asmadi (2008) kebutuhan akan keselamatan atau aman adalah kebutuhan melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman keselamatan seseorang dapat di kategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal, dan bakteriologis. Kebutuhan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman bias nyata atau hanya imajinasi (misalnya penyakit nyeri, cemas dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak factor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain , serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya

dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman.

Gangguan rasa nyaman adalah suatu keadaan yang mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam merespon stimulus (Tamsuri , 2007). Menurut Asmadi (2008) nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau factor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya mengganggu aktivitas sehari-hari , psikis dan lain-lain.

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan akan rasa aman dan nyaman. Kenyamanan tidak bisa di capai ketika seseorang merasakan nyeri. Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkat tertentu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Nyeri bersifat subjektif , tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada seorang individu. Nyeri merupakan sumber penyebab frustrasi , baik klien maupun tenaga kesehatan. Nyeri dapat menjadi faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit (potter&perry,2005).

Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkat tertentu, nyeri merupakan alasan umum yang membuat orang mencari pertolongan kesehatan. Adapun beberapa nyeri yaitu : nyeri akut misalnya pada cedera pembedahan,persalinan , dll. Nyeri kronis pada gangguan *musculoskeletal* atau *gastrointestinal* (Rachmawati,2008). Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri, begitu pula pada pasien yang menderita *Fraktur*. *Fraktur* atau Patah tulang merupakan suatu kondisi terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa. Trauma

yang menyebabkan tulang patah berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung (Sjamsuhidajat,2005).

Pada penderita faktur, nyeri merupakan masalah yang sering dijumpai (Murwani,2009). Foley Dick,2000 Mengumpulkan data sebanyak 85% fraktur mengalihkan nyeri. Nyeri dapat di bedakan menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut datangnya tiba-tiba atau singkat, dapat hilang dengan sendiri dapat di prediksi dan dapat di prediksi, dan merupakan reaksi fisiologi akan sesuatu yang berbahaya (Muwarni, 2009).

Indikasi tindakan pembedaahan dilakukan jika klien mengalami fraktur terbuka dan fraktur dengan gangguan *vaskularisasi*. Pada fraktur tertutup penyembuhan dapat dilakukan dengan terapi konservatif , yaitu dengan fiksasi dapat mengistirahatkan/immobilisasi tulang yang patah untuk mempercepat penyembuhan. Pada pemasangan fiksasi muncul perasaan yang tidak Nyaman , sehingga aliran darah tetap lancar. Respon ini diikuti dengan rasa nyeri , rasa ini timbul sebagai akibat dari mekanisme perlindungan tubuh dalam hal ini bertindak sebagai kontrol atau alarm terhadap bahaya (Muwarni,2009).

Nyeri adalah respon yang lazim timbul pada kasus patah tulang atau pada kejadian dimana terjadi pada kasus patah tulang atau pada kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mubarak dan Nurul,2007).

Upaya mengatasi nyeri dilakukan dengan berbagai tindakan, tindakan farmakologi efektif untuk meredakan nyeri, terutama nyeri hebat. Dalam jurnal penelitian Nurhayati, Herniyatun, dan Safrudin (2011) menyatakan kombinasi antara terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi efektif m,enurunkan nyeri. Terapi nonfarmakologi efektif menurunkan nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan distraksi relaksasi : imajinasi pembimbing

Tujuan dari terapi perilaku kognitif adalah untuk merubah cara berfikir tentang nyeri agar respon tubuh dan pikiran lebih baik ketika mengalami nyeri. Terapi berfokus pada perubahan pikiran tentang penyakit dan kemudian membantu menjadi suatu coping positif bagi pasien terhadap penyakitnya, terapi kognitif dan perilaku ini sangat berpengaruh terhadap penurunan nyeri (Muwarni,2009).

Distraksi adalah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian pada sesuatu yang lain sehingga kesadaran klien terhadap nyerinya berkurang (Murwarni,2009) . Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas retikuler menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima implus sensori yang berlebihan dan menyebabkan terhambatnya implus nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien (Tamsuri,2007).

Gambaran pasien yang di rawat Di RS PKU Muhammadiyah Gombong dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri yaitu *fraktur cruris*. Salah satu pasien yang menderita fraktur cruris adalah Sdr.A. berdasarkan pengelolaan penulis pada Sdr.A di Ruang Inayah pada tanggal 30 Mei 2016 di dapatkan data subjektif sebelum operasi Sdr.A mengatakan nyeri setelah jatuh terpeleset ketika saat lari. Data objektifnya nyeri pada bagian kaki sebelah kanan nyeri seperti di tekan , nyeri saat bergerak, nyeri di bagian kaki kanan bawah (*cruris*), skala nyeri 7 dan waktunya nyeri terus menerus, Sdr.A tampak meringis kesakitan, tampak lemah dan di dapatkan Tanda-Tanda Vital TD: 110/90 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36 C, RR: 20x/menit, dan tidak ada luka terbuka/perdarahan. Hasil foto *rontgen* pada tanggal 28 Mei 2016 *fraktur os tibia dextra 1/3 distal complete bilateral*. Pada tanggal 31 Mei 2016 penulis mengkaji Sdr.A post operasi di dapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri luka post operasi. Data objektifnya nyeri pada bagian luka post oprasi,, nyeri bertambah saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di bagian luka post operasi kaki kanan bawah, skala nyeri 8, nyeri terus menerus, terdapat balut elastic, tampak ada rembesan darah dan

hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 10,67 mg/dl, haemoglobin 11,8 mg/dl. Hasil pemeriksaan foto *rontgen* post operasi pemasangan pemasangan *fixature* baik.

Berdasarkan uraian di atas penulisan mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Nyeri pada Sdr.A Di ruang Hidayah PKU Muhammadiyah Gombong”

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Menjelaskan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Nyeri Pada Sdr.A Dengan Diagnosa *Fraktur Cruris* di Ruang Inayah RS PKU Muhammadiyah Gombong.

2. Tujuan khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian masalah kebutuhan rasa aman dan nyaman : Nyeri pada pasien *fraktur cruris* dan *post operasi ORIF*
- b. Memaparkan diagnose keperawatan pada kasus pemenuhan rasa aman dan nyaman : Nyeri pada pasien *fraktur cruris* dan *post operasi ORIF*.
- c. Melaksanakan rencana tindakan keperawatan pada kasus pemenuhan rasa aman dan nyaman : Nyeri pada pasien *fraktur cruris* dan *post operasi ORIF*.
- d. Menjelaskan implementasi tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi kebutuhan rasa aman dan nyaman.
- e. Menjelaskan evaluasi hasil dari implementasi keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.

C. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat keilmuan

Untuk meningkatkan pengetahuan serta membantu sejauh mana mahasiswa mampu mengelola klien dengan gangguan rasa aman dan nyaman nyeri pada kasus *fraktur cruris*.

2. Manfaat aplikatif

Berguna dalam mendukung tindakan asuhan keperawatan dengan pemenuhan rasa aman dan nyaman nyeri *fraktur cruris* dan post operasi ORIF dengan tujuan untuk mengalihkan nyeri jika nyeri muncul.



DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyei*. Cetakan Pertama. Ar-Ruzz Media. Jogjakarta.
- Arfa, M., & Arfa, M. (2014). *Pengaruh Teknik Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post-Operasi Appendisitis Di Ruang Bedah Rsud Prof. Hj. Aloet Saboe Kota Gorontalo* (Doctoral, Dissertation, Universitas Negeri Gorontalo).
- Asmadi. (2008). *Teknik Procedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bagharpoosh, Sangestani and Goodrasi (2006). *Effect Of Progressive Muscle Relaxation Technique On Pain Relief During Labor*. Acta Medica Inanica, 44(3): 187-90.
- Bullechek, G. M. (2012). *Nursing Intervention Classification (NIC) (Fift Edition)* Missouri: Mosby Elsevier.
- Herdman, T. Heather. (2015). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015 – 2017*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Ike Rachmawati Kusdyah. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: ANDI.
- Judith, M. Wilkinson. (2006). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Kusyati E, Astuti L, P, Pratiwi D. (2012). *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Wetan Semarang*. Jurnal Kebidanan, Volume 4, 93-100.
- Kusyati, Eni et al. (2008). *Ketrampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, Wahid I. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC. Penerbit Buku Kedokteran.

- Patasik C. K, Tangka J, Rottie J. (2013). *Efektifitas Teknik Relaksaksi Nafas Dalam Dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare Di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandau Manado*. Ejurnal Keperawatan, Volume 1, 1-8.
- Potter, P.A & Perry,A.G.(2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep Praktek dan Volume I Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Prince, Silvia. A dan Mary P. Standridge. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, SC. dan Bare, BG, Hinkle, J. L, Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddart's text book of medical-surgical nursing*. Volume 1, ed 11th. Philladelphia: Lippincott.
- Sumanto H, Rozak M, Natalya W, Aktifah N. (2011). *Perbedaan Teknik Distraksi Mendengarkan Musik Musik Klasik Dengan Teknik Relaksaksi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Klien Post Operasi Seksio Sesaria Di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*.
- Tamsuri, Anas. (2008). *Konsep & Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC

LAPORAN PENDAHULUAN FRAKTUR



Disusun oleh :

Risqi YuningTyas IP

A01201680

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

2016

LAPORAN PENDAHULUAN

A. PENGERTIAN

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Price dan Wilson, 2006). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan di tentukan sesuai jenis dan luasnya, fraktur terjadi jika tulang di kenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (Noor, 2013).

Fraktur cruris merupakan suatu istilah untuk patah tulang tibia dan fibulayang biasanya terjadi pada bagian proksimal (kondilus), diafisis, atau persendian pergelangan kaki (Muttaqin, 2008). Berdasarkan pengertian para ahli dapat disimpulkan bahwa fraktur cruris adalah terputusnya kontinuitas tulang dan di tentukan sesuai jenis dan luasnya, yang di sebabkan karena trauma atau tenaga fisik yang terjadi pada tulang tibia dan fibula.

Fraktur dapat dibagi menjadi :

1. Fraktur tertutup (closed) adalah hilangnya / terputusnya kontinuitas jaringan tulang dimana tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar / bila jaringan kulit yang berada diatasnya / sekitar patah tulang masih utuh.
2. Fraktur terbuka (open) adalah hilangnya / terputusnya jaringan tulang dimana fragmen-fragmen tulang pernah / sedang berhubungan dengan dunia luar.

B. ETIOLOGI

Etiologi dari fraktur menurut Price dan Wilson (2006) ada 3 yaitu:

1. Cidera atau benturan
2. Fraktur patologik

Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.

3. Fraktur beban

Fraktur baban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang- orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru di terima dalam angkatan bersenjata atau orang- orang yang baru mulai latihan lari.

C. MANIFESTASI KLINIK

- Tanda-tanda tak pasti
 - Rasa nyeri dan tegang : nyeri umumnya menghebat bila dilakukan gerakan.
 - Hilangnya fungsi : diakibatkan oleh rasa nyeri atau tidak mampu untuk melakukan gerakan.
 - Deformitas : disebabkan oleh pembengkakan atau akibat perdarahan dan posisi fragmen tulang berubah.
- Tanda-tanda pasti
 - Gerakan Abnormal

Gerakan abnormal misalnya terjadi pada patah tulang penjang bagian tengah, pada keadaan normal gerakan tersebut tidak terjadi.
 - Krepitasi adalah gesekan dari kedua ujung fragmen tulang yang patah.
 - Deformitas akibat fraktur, umumnya deformitas berupa angulasi, rotasi dan pemendekan.

D. PATOFISIOLOGI

Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel anast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru umatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorbsidan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut syaraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak di tangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan syaraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut syaraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini di namakan sindrom compartment.

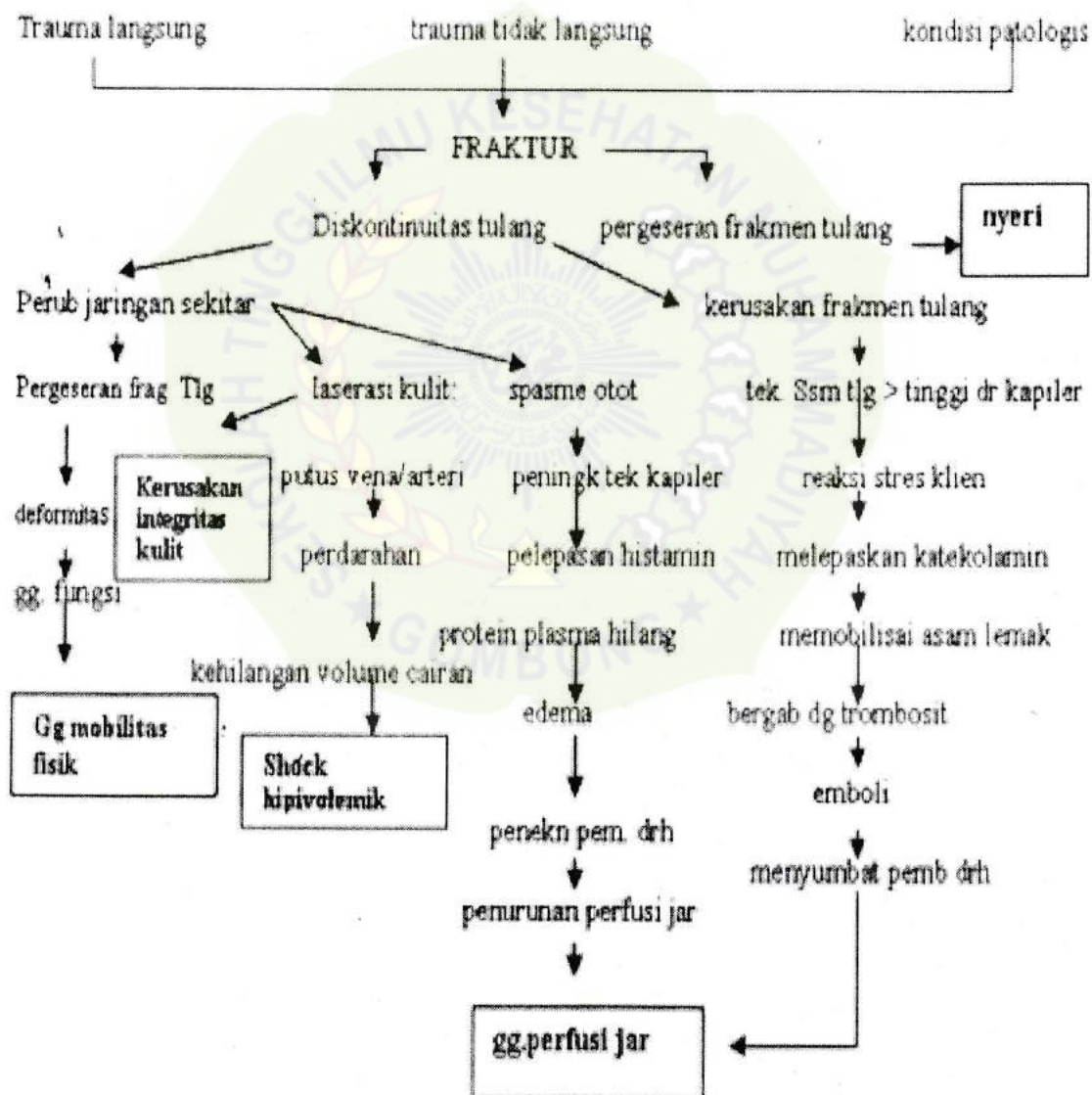
Trauma pada tulang dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan ketidakseimbangan, fraktur terjadi dapat berupa fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur tertutup tidak disertai kerusakan jaringan lunak seperti tendon, otot, ligament dan pembuluh darah. Pasien yang harus imobilisasi setelah patah tulang akan menderita komplikasi antara lain : nyeri, iritasi kulit karena penekanan, hilangnya kekuatan otot.

Kurang perawatan diri dapat terjadi bila sebagian tubuh di imobilisasi, mengakibatkan berkurangnya kemampuan perawatan diri.

Reduksi terbuka dan fiksasi interna (ORIF) fragmen- fragmen tulang di pertahankan dengan pen, sekrup, plat, paku, Namun pembedahan meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi. Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak dan struktur yang seluruhnya tidak mengalami cedera mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi (Price dan Wilson, 2006).

E. PATHWAY

IV. PATHWAYS



Muttaqin (2008)

F. KOMPLIKASI

1. Malunion : tulang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya.
2. Delayed union : proses penyembuhan yang terus berjalan tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat dari keadaan normal.
3. Non union : tulang yang tidak menyambung kembali

G. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan roentgen : untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur
2. Scan tulang, tomogram, CT-scan/ MRI : memperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
3. Pemeriksaan darah lengkap : Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada trauma multiple). Peningkatan sel darah putih adalah respon stress normal setelah trauma.
4. Kreatinin : Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
5. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

H. PENATALAKSANAAN

Menurut Muttaqin (2008) konsep dasar yang harus dipertimbangkan pada waktu menangani fraktur yaitu : rekognisi, reduksi, retensi, dan rehabilitasi.

1. Rekognisi (Pengenalalan) Riwayat kecelakaan, derajat keparahan, harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.
2. Reduksi (manipulasi/ reposisi) adalah usaha dan tindakan untuk memanipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin kembali lagi seperti letak asalnya. Reduksi fraktur dapat dilakukan dengan reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka. Reduksi fraktur dilakukan sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan perdarahan.
3. Retensi (Imobilisasi) Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi, atau di pertahankan dalam posisi kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin, dan teknik gips, atau fiksator eksterna. Implan logam dapat di gunakan untuk fiksasi

intrerna yang berperan sebagai bidai interna untuk mengimobilisasi fraktur. Fiksasi eksterna adalah alat yang diletakkan diluar kulit untuk menstabilisasikan fragmen tulang dengan memasukkan dua atau tiga pin metal perkutaneus menembus tulang pada bagian proksimal dan distal dari tempat fraktur dan pin tersebut dihubungkan satu sama lain dengan menggunakan eksternal bars. Prinsip dasar dari teknik ini adalah dengan menggunakan pin yang diletakkan pada bagian proksimal dan distal terhadap daerah atau zona trauma, kemudian pin-pin tersebut dihubungkan satu sama lain dengan rangka luar atau eksternal frame atau rigid bars yang berfungsi untuk menstabilisasikan fraktur. Alat ini dapat digunakan sebagai temporary treatment untuk trauma muskuloskeletal atau sebagai definitive treatment berdasarkan lokasi dan tipe trauma yang terjadi pada tulang dan jaringan lunak.

4. Rehabilitasi, Mengembalikan aktifitas fungsional semaksimal mungkin untuk menghindari atropi atau kontraktur. Bila keadaan memungkinkan, harus segera dimulai melakukan latihan-latihan untuk mempertahankan kekuatan anggota tubuh dan mobilisasi.

I. FOKUS PENGKAJIAN

1. Riwayat penyakit sekarang: Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang kruris, pertolongan apa yang di dapatkan, apakah sudah berobat ke dukun patah tulang. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan, perawat dapat mengetahui luka kecelakaan yang lainnya.
2. Riwayat penyakit dahulu: Pada beberapa keadaan klien yang pernah berobat ke dukun patah tulang sebelumnya sering mengalami mal-union. Penyakit tertentu seperti kanker tulang atau menyebabkan fraktur patologis sehingga tulang sulit menyambung. Selain itu, klien diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko mengalami osteomielitis akut dan kronik serta penyakit diabetes menghambat penyembuhan tulang.
3. Riwayat penyakit keluarga: Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang cruris, seperti osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.
4. Pola kesehatan fungsional
 - a) Aktifitas/ Istirahat: Keterbatasan/ kehilangan pada fungsi di bagian yang terkena
 - b) Sirkulasi : Hipertensi , takikardia (respon stresss, hipovolemi), penurunan / tidak ada nadi pada bagian distal yang cedera, pengisian kapiler lambat, pusat pada

bagian yang terkena, pembengkakan jaringan atau masa hematoma pada sisi cedera.

- c) Neurosensori: Hilangnya gerakan / sensasi, spasme otot, Kebas/ kesemutan, deformitas local, spasme otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, angitasi (mungkin badan nyeri/ ansietas atau trauma lain)
- d) Nyeri / kenyamanan: nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan / kerusakan tulang pada imobilisasi), tidak ada nyeri akibat kerusakan syaraf, spasme / kram otot (setelah imobilisasi)
- e) Keamanan: laserasi kulit, avulse jaringan, pendarahan, perubahan warna, pembengkakan local (dapat meningkat secara bertahap atau tiba-tiba).
- f) Pola hubungan dan peran: Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat karena klien harus menjalani rawat inap.
- g) Pola persepsi dan konsep diri: timbul ketakutan dan kecacatan akibat fraktur yang dialaminya, rasa cemas, rasa ketidak mampuan untuk melakukan aktifitasnya secara normal dan pandangan terhadap dirinya yang salah.
- h) Pola sensori dan kognitif: Daya raba pasien fraktur berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan indra yang lain dan kognitif tidak mengalami gangguan. Selain itu juga timbul nyeri akibat fraktur.
- i) Pola nilai dan keyakinan: Klien fraktur tidak dapat beribadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam ibadah. Hal ini disebabkan oel nyeri dan keterbatasan gerak yang di alami klien.

J. DIAGNOSA DAN INTERVENSI

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri terkontrol

Kriteria hasil : Klien menyatakan nyei berkurang, ampak rileks, mampu berpartisipasi dalam aktivitas/tidur/istirahat dengan tepat, TTV dalam batas normal

Intervensi :

- ✓ Monitor TTV
- ✓ Kaji nyeri secara komprehensif
- ✓ Berikan posisi dan ciptakan lingkungan yang nyaman
- ✓ Ajarkan tehnik nafas dalam
- ✓ Kolaborasi pemberian analgetik.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif.

Tujuan : infeksi tidak terjadi/ terkontrol

Kriteria hasil : tidak ada tanda- tanda infeksi seperti pus, luka bersih tidak lembab dan tidak kotor, tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi.

Intervensi :

- ✓ Monitor TTV
- ✓ Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan
- ✓ Tingkatkan intake nutrisi
- ✓ Monitor tanda dan gejala infeksi
- ✓ Lakukan perawat luka dengan tehnik aseptik
- ✓ Kolaborasi pemberian terapi antibiotik.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan integritas struktur tulang

Tujuan : pasien akan menunjukan tingkat mobilitas optima

Kriteria hasil: pasien mampu melakukan pergerakan dan perpindahan, mempertahankan mobilitas optimal

Intervensi:

- ✓ Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- ✓ Ajarkan pasien tehnik ambulasi
- ✓ Ajarkan pasien cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
- ✓ Motivasi pasien selama aktivitas
- ✓ Lakukan tirah baring setiap 2 jam
- ✓ Bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Grace, P, A. 2007. *Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: Erlangga.
- Hermand, H. 2012. *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*, Esrwe,M, (alih bahasa). Jakarta: EGC
- Jong, D. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mas, M, L., Swanson, E. 2008. *Nursing Intervension Classification (NIC)* (4th ed). St. Lousis, Missouri: Mosby Elsevier
- Moorhead, S., Johnson, M., Mas, M, L., Swanson, E. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (4th ed). St. Lousis, Missouri: Mosby Elsevier
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan System Muskuluskeletal*. Jakarta. EGC
- Muttaqin, A. & Sari, K. 2008. *Asuhan keperawatan perioperatif, Konsep, Proses dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Noor, H, Z. 2013. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika
- Price and Wilson. 2006. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. (6th ed.), Peter, A. (alih bahasa), Jakarta: EGC

ASUHAN KEPERAWATAN PADA MR. A DENGAN
DIAGNOSA FRAKTUR URAT DI RUANG INYAH
RS PPU MUHAMMADIYAH GOMBONG

DISUSUN OLEH

RIZKI YUNINGSYAS IP

A01201680

PROGRAM STUDI DIKIPERAWATAN
SEKOLAH TEORI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG 2016

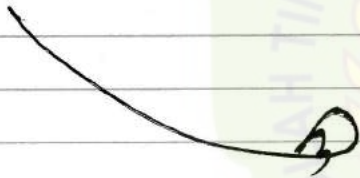
LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IDR. A DENGAN
DIAGNOSA FRAKTUR CRURIS DI RUANG INAYAH
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

TELAH DISAHKAN
PADA TANGGAL :

MENGETAHUI

PEMBIMBING AKADEMIK



(SARWONO, SKM)

PEMBIMBING KLINIS



(Syamsul.B)

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG 2016

TINJAUAN KASUS

Tanggal Pengkajian : 30 Mei 2016 / Jam : 09.10 WIB

Nama Pengkaji : Rizki Y

Tempat : Mayah

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Sdr - A

Umur : 19 TH

Jenis kelamin : laki-laki

Alamat : Pantereso 2/2 Klorong, Kebumen

Status :

Agama : Islam

Suku : Jawa

Pendidikan : SMA

Pekerjaan :

Tanggal masuk RS : 28 Mei 2016

Diagnosis : fraktur tertutup Dextra

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny - M

Umur : 45 TH

Jenis kelamin : perempuan

Alamat : Pantereso 2/2 Klorong, Kebumen

Pendidikan :

Pekerjaan : IRT

C. PENGKAJIAN

1. Keluhan utama (PKE OP)

Nyeri / kram di kaki bawah kanan.

2. Riwayat kejadian sekarang

Pasien masuk dari poli trauma, sebelum masuk pasien sudah terpeleset saat lari setelah bermain basket. Pasien mengalami patah tulang di kaki kanan bawah. Saat dikaji pasien mengatakan kram / nyeri pada kaki. Nyeri bertambah saat beraktivitas, nyeri seperti ditekan - tekan. skala nyeri : 7, nyeri terus menerus. TD : 110/80 mmHg, N : 82 x/m, S : 36°C

kg : 20 x/m, sudah terpasang intus RL 20cm + tangan kiri.
terpasang spalk dikaki kanan.

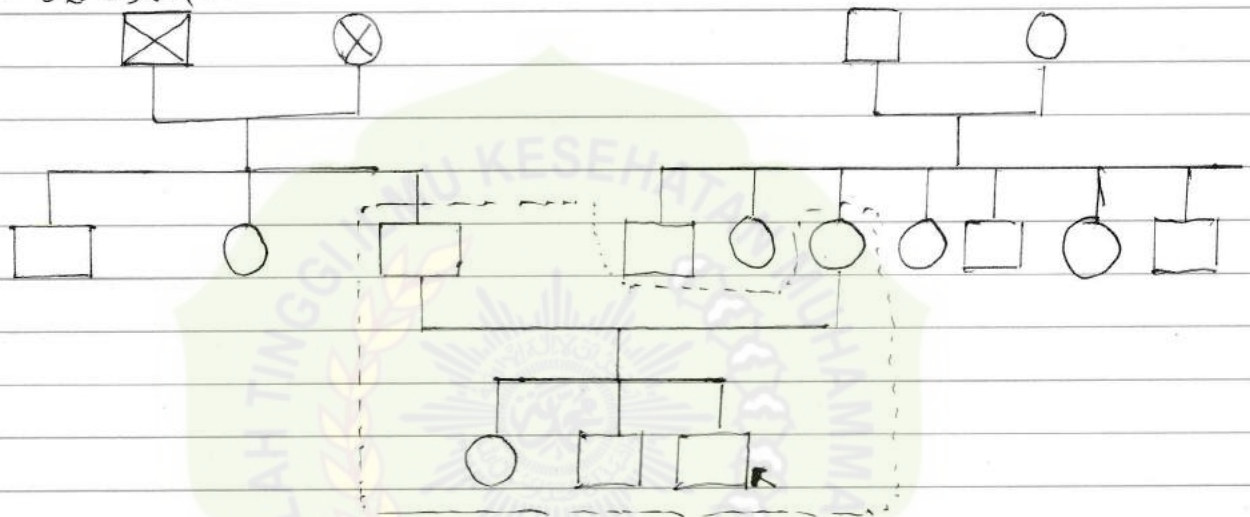
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien menyatakan tidak pernah dirawat di RS sebelumnya / tidak mempunyai riwayat penyakit yang parah.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular dan menahun.

5. Genogram



Legenda :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- X : meninggal
- : tidak bersama
- ↑ : Pasien

6. Pola fungsional (Virginia Henderson)

a. Pernapasan

sebelum sakit : Pasien bernafas spontan tanpa menggunakan alat bantu pernapasan.

sakit dikati : Pasien bernafas spontan tidak menggunakan alat bantu pernapasan. kg : 20 x/m.

b. Nutrisi

sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang, dengan nasi, lauk dan sayur. Pasien selalu menghabiskan makanannya.

Kadang diserasi sngml, minum air putih 4-6 gelas / hari.

Kadang minum teh / kopi di pagi hari 1 gelas.

Saat dikasi : Pasien baru makan 1 x di pagi hari jam 07.00 WIB dan minum air putih 1 gelas (± 200ml)

c. Eliminasi

sebelum sakit : Pasien mengeluarkan BAB 1 x sehari di pagi hari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. BAK 4-6 x / hari warna kuning jernih Bau amis.

Saat dikasi : Pasien belum BAB sejak masuk RS, BAK 2x sejak pagi hari.

d. Aktivitas

sebelum sakit : Pasien melaksanakan ~~aktivitas sehari-hari~~ aktivitas sehari-harinya adaan sebagai remaja pada umumnya yang membantu orang tuanya dan bermain dengan temannya.

Saat dikasi : Pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, karena sakit.

e. tidur / istirahat

sebelum sakit : Pasien melaksanakan tidur 8 jam sehari, pasien senang tidur siang.

Saat dikasi : Pasien mengatakan tidak bisa tidur pulas seperti biasanya karena merasa sakit dan kondisi kamar yang tidak nyaman.

f. Berpakaian

sebelum sakit : Pasien melaksanakan kesehariannya jika memakai baju dilakukan secara mandiri.

Saat dikasi : Pasien mengatakan jika memakai baju dibantu oleh ibunya.

g. Mempertahankan temperatur

Pasien mengatakan jika udara panas pasien menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat. jika dingin pasien menggunakan pakaian yang tebal dan selimut.

h. persobaan hygiene

sebelum sakit : klien mandi 2x sehari di pagi hari dan siang hari, selalu mencuci gigi dan bermandi 3x / seminggu.

Saat dikasi : Pasien hanya di sedot di pagi hari dan sore hari.

i. Bahaya infeksi dan cedera

sebelum sakit : Pasien dapat melindungi dirinya dari bahaya infeksi dan cedera.

Saat dikasi : Pasien dibantu oleh ayah dan ibunya.

J. Komunikasi

~~Sebelum sakit~~ : ~~Pasien dapat melakukan berkomunikasi~~
Pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain
dengan lancar dan baik bisa menggunakan bahasa Jawa dan
Indonesia.

K. Beres-beres

Sebelum sakit : Pasien belum beres-beres. Pasien biasa membantu
tahu orang tuanya.

Saat sakit : Pasien tidak bisa melakukan kegiatan seperti
biasanya karena kondisinya yang sedang
sakit.

L. ibadah

sebelum sakit : Pasien mengatakan biasanya Islam dan biasa
menjalankan sholat 5 waktu.

saat sakit : Pasien tidak dapat menjalankan ibadah
sholat 5 waktu.

M. Pekerjaan

sebelum sakit : Pasien mengatakan untuk mengisi waktu
luangnya pasien selalu berkumpul dengan teman
dan keluarganya.

saat sakit : Pasien hanya tidur di rumah tidak bisa ber-
bincang-bincang dengan keluarganya.

N. Belajar

sebelum sakit : Pasien ~~mengetahui~~ ^{tidak} hanya tahu bahwa pasien
hanya bisa belajar biasa.

saat sakit : Pasien mengetahui penyakitnya dari dokter
dan perawat.

7. Pemeriksaan fisik

Kondisi umum : Baik

Pesadaran : Compos mentis

TD : 110/80 mmHg

RI : 82 x/m

S : 36 °C

RR : 20 x/m

a. Kepala

Bentuk macrocephal, tidak ada benjolan, rambut hitam
piris, bersih.

b.

b. Mata

Reflek cahaya (+), pupil 3/3 isokor, konjungtiva an anemis, ~~dan~~ sklera anikterik.

c. Hidung

tidak ada polip, tidak ada cuping hidung Permatan, tidak mengunkan O_2 bantuan.

d. Teling

Bentuk simetris, serumen (-), perdarahan (-), ganguan pendengaran (-)

e. Mulut, Gigi dan Bibir

Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, lidah bersih, gigi lengkap tidak ada lubang, caries (-), sianosis (-).

f. Leher

tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

g. Dada

1. Patu

In: Pembesaran dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada.

Pe: sonar

Pn: vocal krenitus kanan lebih banyak dari kiri.

Au: Vesikuler.

2. Santung

In: tidak tampak garis cordis

Pe: pecak

Pn: tidak ada pembesaran Santung, terdapat cordis di 105 Pe v

Au: f_1, f_2 reguler.

h. Abdomen

In: kembung, tidak ada pecak luka op

Au: peristaltik 20 x/m

Pe: timpani,

Pn: tidak ada pembesaran hati, nyeri tekan (-)

i. Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, belum terpisahkan.

j. Ekstremitas

Atas

tidak ada edema, bentuk normal, tahanan pin terpa 2cm infur 20cm, tidak ada luka.

Bawah

edema (-), bentuk normal, tahanan pin terpa 2cm.

8. Pemeriksaan penunjang
tanggal : 29 Mei 2016
Darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Leukosit	13.05	4.80 - 10.80
Eritrosit	5.40	4.70 - 6.10
Hemoglobin	15.8	14.0 - 18.0
Hematokrit	43	40 - 54
MCV	79.6	70.0 - 95.0
MCH	29.3	27.0 - 34.0
MCHC	36.7	33.0 - 37.0
trombosit	281	150 - 400
Hitung jenis		
Basofil	0.4	
Eosinofil	0.2	
Neutrofil	83.8	
Limfosit	11.3	
Monosit	4.3	
Gol. Darah	0	
SDS	67.0	
HISAB	Negatif	

*) Pemeriksaan foto rontgen
(28 Mei 2016)

Fraktur os tibia dextra 1/3 distal complete Bilateral
Fraktur os tibia dextra.

9. Terapi

14PD . R1 20 tpm

Ceftriaxone 1gr / 12 jam

Ranitidine 50mg / 12 jam

Petrolzic 30mg / 8 jam

ANALISA DATA

1) PRE OP

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS : Pasien mengeluh nyeri setelah satu dar terbelat ketika saat ini. DO : P : nyeri saat bergerak Q : nyeri seperti ditekan R : nyeri di di ^{kaki} kanan bawah (kurut) S : 7 T : Terut merutis Pasien tampak merangsang Pasien tampak lemah. TD : 110/90 mmHg MT : 82 x /m T : 36°C RR : 20 x /m	Agan distoraksi (tampak kurut)	Nyeri Akut

INTERVENSI

HAPE / TOL	DX	TUJUAN	INTERVENSI															
DDN, 30/6 ¹⁶	7	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah nyeri dapat berkurang / hilang. KH	- PAIN MANAGEMENT - kaji nyeri dan karaktere istik nyeri - Observasi TTU - Beri posisi nyaman - Asarkan fleklik mata dalam dan relaksasi - Kolaborasi pemberian an algetik. - MD, tetrasone 100 / 12 jam Paritidine 500 / 12 jam ketorolac 300 / 8 jam															
		<table><tr><th>INDICATOR</th><th>R</th><th>ER</th></tr><tr><td>- Melaporkan adanya nyeri</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- Post Bergabung</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- TTU stabil</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- Perinsat ></td><td></td><td></td></tr></table>	INDICATOR	R	ER	- Melaporkan adanya nyeri			- Post Bergabung			- TTU stabil			- Perinsat >			
INDICATOR	R	ER																
- Melaporkan adanya nyeri																		
- Post Bergabung																		
- TTU stabil																		
- Perinsat >																		

IMPLEMENTASI

HARI/TEL	DX	IMPLEMENTASI	RESPON	TTD
SRIM 30/5 09.10	I	- Pengkajian - Melakukan pengkajian nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri spt ditekan, nyeri di atas fungsi, skala nyeri 7, terus menerus.	
09.15		- Memberikan terapi im. cetirizine 10r - Mengukur TTV	- im. masuk per IV - TD : 110/80 mmHg, H : 82 x/m, RR : 20 x/m, S : 36 °C	
10.00		Melatih teknik nafas dalam saat nyeri	Pasien kooperatif	
13.15		Memberikan terapi im. ketorolac	im. masuk per IV	
15.30		Memasang kateter	Kateter terpasang	perawat
16.00		Mengantar pasien ke		perawat

EVALUASI

HARI/TEL	DX	EVALUASI	TD												
Revisi 30/5 5.16.00	I	S : Pasien mengatakan masih nyeri di kaki kanan O : Nyeri bertambah jika beraktivitas, skala nyeri tetap 7, Ku - Baik, DC (+). Pasien diantar ke RS untuk OP. A : Nyeri belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDIKATOR</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Melaporkan nyeri</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- TTV stabil</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- Perawat ></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV dan nyeri - Pasien pindah ke kamar	INDIKATOR	IR	ER	- Melaporkan nyeri			- TTV stabil			- Perawat >			
INDIKATOR	IR	ER													
- Melaporkan nyeri															
- TTV stabil															
- Perawat >															

*) Keluhan Utama (Post op)

Myer: luka post op

P: Myer bertambah saat bergerak

D: Myer seperti ditusuk-tusuk

L: Myer di bagian luka post op kaki kanan.

S: 8

T: terus menerus.

*) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien pindah dari IBS setelah selesai operasi Dkt. Pasien mengalami nyeri post op, ~~kaki~~ kedua kaki belum bisa di gerakan. Saat dikaji tanggal 31/5¹⁶ jam 14.30 WIB pasien tampak lemah, Pasien tampak menahan sakit, bekas luka terfiksasi plester elastis, klemes (+). TD: 110/70 mmHg. H: 74 x/m. S: 36³0 RR: 19 x/m. Pasien menyatakan masih terpasang plester elastis.

*) Hasil laboratorium post op 31 Mei 2016

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	10.67	4.80 - 10.80
Eritrosit	4.03	4.70 - 6.10
Hemoglobin	1.8	14.0 - 18.0
Hematokrit	32	40 - 54
MCV	79.2	79.0 - 99.0
MCH	37.0	33.0 - 57.0
trombosit	225	150 - 450

*) Hasil foto rontgen post op 30 Mei 2016.

- Pemasangan fixator baik
- Batang tampak jelas.

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	ds : - Pasien mengatakan nyeri pot op DO : - P : Nyeri saat bergerak - A : Nyeri seperti tumpul tusuk - P : Nyeri di area bekas op (kaki kanan) - C : 8 - T : terus menerus. - pasien tampak lemah - pasien tampak menahan sakit - TD : 110/70 mmHg, HT : 74 x/m - S : 36°C, RR : 19 x/m	Agon cakra fistik,	Nyeri Akut
2.	ds : - Pasien mengatakan kulit terpasang plaster elastis. DO : - Bedas luka op terfiksasi plaster elastis - Rember (+). - Keapasan + 10.67		Risiko Infeksi

INTERVENSI

HARI/TGL	DX	TUJUAN	INTERVENSI															
Setelah 31/5/16	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah nyeri dapat berkurang, Kt <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>- Melakukan rencana nyeri</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- Pains berkurang</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- RR Normal</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- (perinatal)</td><td></td><td></td></tr></table>	Indikator	IR	ER	- Melakukan rencana nyeri			- Pains berkurang			- RR Normal			- (perinatal)			PAIN MANAGEMENT • Kaji nyeri dan karakteristik nyeri - Observasi RR • Beri posisi yang nyaman - Asalkan teknik nirsala dalam dan perikardial • Kolaborasi pemberian analge sik. 1) - Parasetamol 1gr 2) - Ketorolac 30mg 3) - Dikawatir 50mg
Indikator	IR	ER																
- Melakukan rencana nyeri																		
- Pains berkurang																		
- RR Normal																		
- (perinatal)																		
		Ket: 1. 2. 3.																
	2	Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah Resiko Trauma, Kt <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>- Pengetahuan tentang resiko</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- Monitor faktor Resiko dari lingkungan</td><td></td><td></td></tr><tr><td>- Monitor faktor Status kesehatan</td><td></td><td></td></tr></table>	Indikator	IR	ER	- Pengetahuan tentang resiko			- Monitor faktor Resiko dari lingkungan			- Monitor faktor Status kesehatan			INFECTION CONTROL - cuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan - Bersihkan lingkungan pasien setelah dipakai pasien lain. - Gunakan APD - lakukan ganti baju			
Indikator	IR	ER																
- Pengetahuan tentang resiko																		
- Monitor faktor Resiko dari lingkungan																		
- Monitor faktor Status kesehatan																		

IMPLEMENTASI

Waktu / Hari / Jam	Px	IMPLEMENTASI	RESPON	ttg
Rabu 31/5/16 19.00	I	Melakukan pengkajian nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, skala nyeri 8. O : Pasien tampak lemah, ku. Baik, tampak menahan sakit.	1
19.00		Mensukur TTV	TD : 110/70 mmHg, TI : 74 x/m, S : 36°C RR : 20 x/m	1
19.00	II	Melatih teknik nafas dalam - Mengobservasi daerah bekas op	Pasien kooperatif. - Luka dibasahi pakai kuman, teteskan balut elastis. Gambas (+).	
19.00	I	Memposisikan pasien nyaman Memberikan terapi inj. tetra xone 1gr, kantaridin 50mg	- Pasien terdapat terentang - inj. masuk per IV	1
Rabu 1/6 06.30	I	Melakukan evaluasi nyeri	S : Pasien mengata kan nyeri masih tetap O : skala nyeri 8.	1
		Mensukur TTV	TD : 120/80 mmHg, TI : 74 x/m S : 36°C RR : 20 x/m	1
06.00		Memberikan terapi inj. tetra 1gr, kantaridin 50mg, ketorolac 30mg - Melakukan ka	inj. masuk per IV.	1
09.30	II	Melakukan ganti balut dan perawatan luka	- Balut ganti tidak ada tanda infeksi.	1

EVALUASI

HARI/HR	DX	EVALUASI	TPD.									
Senin, 30/5 ¹⁶ 19.30	I	S : Pasien mengatakan perut kaku belum terasa O : KU : lemah . TD ulang (+) . hasil (-) TD : 100/80 mmHg . H : 80 x/m , S : 36°C RR : 10 x/m A : nyeri belum teratasi <table border="1"> <tr> <td>- Menderita adanya nyeri.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Perut kembung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- TTV stabil</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> P : lanjutkan intervensi - Monitor KU - Monitor nyeri	- Menderita adanya nyeri.			- Perut kembung			- TTV stabil			↓
- Menderita adanya nyeri.												
- Perut kembung												
- TTV stabil												
Selasa 31/5 ¹⁶	I	S : Pasien mengatakan masih nyeri . O : Nyeri bertambah jika bergerak . O : KU : Baik . Pasien tampak lemah , skala nyeri 8 . TD : 100/70 mmHg . H : 80 x/m RR : 20 x/m , S : 36°C . A : nyeri belum teratasi P : lanjut intervensi - Monitor KU , TTV , nyeri . - Kolaborasi medik <table border="0"> <tr> <td>INJ - ceftriaxone</td> <td>2 x 1gr</td> </tr> <tr> <td>INJ - Ranitidine</td> <td>2 x 50mg</td> </tr> <tr> <td>INJ . Ketorolac</td> <td>3 x 30mg</td> </tr> </table>	INJ - ceftriaxone	2 x 1gr	INJ - Ranitidine	2 x 50mg	INJ . Ketorolac	3 x 30mg	↓			
INJ - ceftriaxone	2 x 1gr											
INJ - Ranitidine	2 x 50mg											
INJ . Ketorolac	3 x 30mg											
	I	S : Pasien mengatakan masih terpasang balut . O : Rembet (+) . terpasang fiksasi balut elastis . A : Risiko infeksi P : lanjut intervensi - Ganti balut - Monitor rembetan	↓									

Rabu 1/6 06.30	I	S : Pasien mengatakan luka di OP nyeri. O : skala nyeri tetap 8. Ku : Baik. HB 11.8. A : Masalah keperawatan nyeri belum teratasi P : Monitor lanjut intervensi - Monitor TV - Konsul cek HB ulang. - Terapi lanjut.
06.30	II	S :
	II	S : Pasien mengatakan luka rembet O : Rembet (+), terpasang balut elastis. A : Risiko infeksi P : lanjutkan intervensi - ganti balut. - Renca pulang
08.00	I	S : Pasien mengatakan masih nyeri.
		O : skala nyeri 8, pasien tampak
		A : lemah.
		A : nyeri belum teratasi
		P : lanjut intervensi
		- Monitor nyeri, ku.
		- BLP.
	II	S :
		O : rembet (-), terpasang balut
		elastis. Tidak ada tanda
		infeksi.
		A : Risiko Teratasi sebagian
		P : lanjut intervensi
		- Discharge Planning

LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KTI
MAHASISWA
PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

Nama : Risqi Yuningtyas IP

Nim : A01201680

Pembimbing : Sarwono, SKM

No	Hari/ Tanggal	Topik Bimbingan	Keterangan	TTD
1.	Rabu 22/6/16	Judul	- Senaiaku lesur	lg
2.	Jum'at 24 Juni 16	BAB I	Refisi	lg
3.	Senin, 27/6/16	BAB I	Refisi	lg
4.	Sabtu 2 Juli 2016	BAB I BAB II	Tan es jend lengkap	lg
5.	Senin, 18 Juli 2016	BAB III	- penerap - Sorki Akas	lg
6.	Selasa 19 Juli 2016	BAB IV	- perntafis fokus	lg

7.	Rabu, 20 Juli 2016	AB IV V Abstrak	tele pemis Bijin Buat	JG
8.	Kamis, 21 Juli 2016	AB V Abstrak - Skripsi Uraan.	y perbairi	le
9.	Rabu, 20 Juli 2016	Konsul Abstrak	Seminar & pedoman	A SAWIR
10.	Senin, 27/7/16	Konsul Abstrak Bilingual	Bilingual	A SAWIR
11.		Konsul PPT PPT.	perbairi	le

LEMBAR REVISI

Nama : Risqi YuningTyas IP

NIM : A01201680

NO	HALAMAN	REVISI	TTD
1.		BAB III - Analisa Data dilengkapi - Buat implementasi 3 shift	 2/8/16
2.		BAB II - Dileengkapi	
3.		- Intervensi - Implementasi & layout space - Intervensi	 18/8/16
3.			