

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. F DENGAN DIAGNOSA MEDIS
FRAKTUR ZYGOMA DAN NASAL DI RUANG RR
RSU HAJI SURABAYA**



Oleh :

ROMMY PUTRA PERDANA
NIM. 182.0050

**PROGRAM STUDI DIII-KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. F DENGAN DIAGNOSA MEDIS
FRAKTUR ZYGOMA DAN NASAL DI RUANG RR
RSU HAJI SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

ROMMY PUTRA PERDANA
NIM. 182.0050

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juni 2021



ROMMY PUTRA PERDANA
NIM. 180050

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Rommy Putra Perdana
NIM : 182.0050
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Nn. F dengan
Diagnosis Medis Fraktur Zygoma dan Nasal di
ruang RR RSUD Haji Surabaya.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Pembimbing



Ninik Ambar Sari,S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03.039

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 15 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

Nama : Rommy Putra Perdana
NIM : 182.0050
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Nn. F dengan diagnosis medis Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR RSU Haji Surabaya.**

Telah diperkenankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Selasa, 15 Juni 2021

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : **Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc.** ()
NIP. 03.006

Penguji II : **Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep** ()
NIP. 03.033

Penguji III : **Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep** ()
NIP. 03.039

Mengetahui,

Ka Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.

NIP. 03.007

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Dr. Herlin Ferliana, M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit RSU Haji Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di RSU Haji Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes. selaku kepala program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Dwi Priyantini S.Kep., Ns., M.Sc. selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, beserta masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Merina Widyastuti, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku penguji II, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, beserta masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Pasien dan keluarga yang telah berkenan menjadi pasien kelolaan dalam pengumpulan data dan tindakan keperawatan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan silaturahmi ini tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rommy', with a vertical line to its left.

Rommy Putra Perdana

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| SURAT PERNYATAAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR GAMBAR | x |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan Penulisan..... | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat Penulisan | 5 |
| 1.4.1 Secara Teoritis | 5 |
| 1.4.2 Secara Praktis..... | 5 |
| 1.5 Metode Penulisan | 6 |
| 1.5.1 Tehnik Pengumpulan Data | 6 |
| 1.5.2 Sumber Data | 6 |
| 1.5.3 Studi Kepustakaan..... | 7 |
| 1.6 Sistematika Penulisan..... | 7 |
| 1.6.1 Bagian Awal | 7 |
| 1.6.2 Bagian Inti | 7 |
| 1.6.3 Bagian Akhir | 7 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| 2.1 Konsep Penyakit Fraktur Zygoma dan Nasal | 8 |
| 2.1.1 Anatomi dan Fisiologi | 8 |
| 2.1.2 Definisi Fraktur Zygoma dan Nasal | 10 |
| 2.1.3 Etiologi Fraktur Zygoma dan Nasal | 10 |
| 2.1.4 Klasifikasi Fraktur Zygoma dan Nasal..... | 11 |
| 2.1.5 Manifestasi Klinis Fraktur Zygoma dan Nasal | 12 |
| 2.1.6 Patofisiologi Fraktur Zygoma dan Nasal..... | 14 |
| 2.1.7 Komplikasi..... | 15 |
| 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang..... | 16 |
| 2.1.9 Penatalaksanaan | 17 |
| 2.2 Konsep Ruangannya Operasi | 18 |
| 2.3 Konsep Anastesi..... | 19 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 2.4 | Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Zygoma dan Nasal..... | 20 |
| 2.4.1 | Pengkajian..... | 20 |
| 2.4.2 | Diagnosa Keperawatan..... | 24 |
| 2.4.3 | Rencana Keperawatan..... | 25 |
| 2.4.4 | Pelaksanaan..... | 28 |
| 2.4.5 | Evaluasi..... | 28 |
| 2.5 | Kerangka Masalah..... | 30 |
| BAB 3 TINJAUAN KASUS POST OP..... | | 31 |
| 3.1 | Pengkajian Post Op..... | 31 |
| 3.1.1 | Identitas..... | 31 |
| 3.1.2 | Keluhan Utama..... | 31 |
| 3.1.3 | Riwayat Penyakit Sekarang..... | 31 |
| 3.1.4 | Riwayat Penyakit Dahulu..... | 31 |
| 3.1.5 | Riwayat Kesehatan Keluarga..... | 31 |
| 3.1.6 | Riwayat Alergi..... | 31 |
| 3.1.7 | Pemeriksaan fisik..... | 32 |
| 3.1.8 | Pemeriksaan Penunjang..... | 34 |
| 3.1.9 | Pemberian Terapi..... | 35 |
| 3.2 | Analisa data Post Op..... | 36 |
| 3.3 | Intervensi Keperawatan..... | 37 |
| 3.4 | Implementasi dan Evaluasi Keperawatan..... | 40 |
| BAB 4 PEMBAHASAN..... | | 43 |
| 4.1 | Pengkajian..... | 43 |
| 4.2 | Diagnosa Keperawatan..... | 45 |
| 4.3 | Perencanaan..... | 45 |
| 4.4 | Pelaksanaan..... | 46 |
| 4.5 | Evaluasi..... | 47 |
| BAB 5 PENUTUP..... | | 48 |
| 5.1 | Simpulan..... | 48 |
| 5.2 | Saran..... | 49 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | | 51 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|---|
| Gambar 2.1 Anatomi Maksilofasial | 8 |
| Gambar 2.2 Anatomi Naso Orbital Ethmoid | 9 |
| Gambar 2.3 Tipe Fraktur Maksilofasial | 9 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Rencana Keperawatan..... | 25 |
| Tabel 3.1 Laboratorium | 34 |
| Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi..... | 35 |
| Tabel 3.3 Analisa Data Post Op..... | 36 |
| Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan | 37 |
| Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi | 40 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|----|
| Lampiran 1 SOP Membimbing Relaksasi dan Distraksi | 53 |
| Lampiran 2 SOP Pemberian Obat Melalui IV (Bolus) | 56 |

DAFTAR SINGKATAN

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------|
| BAB | : Buang Air Besar | BAK | : Buang air kecil |
| BB | : Berat Badan | | |
| CC | : Cedera otak ringan | | |
| CC | : Centi meter | °C | : Derajat Celsius |
| DS | : Data subjektif | DO | : Data objektif |
| Dx | : Diagnosis | DIII | : Diploma III |
| HE | : <i>Health Education</i> | | |
| IV | : Intra Vena | | |
| KRS | : Keluar Rumah Sakit. | Kg | : Kilo Gram. |
| KDM | : Kebutuhan Dasar Manusia | | |
| mg | : Miligram. | MRS | : Masuk Rumah Sakit |
| mmHg | : Milimeter Air Raksa | | |
| N | : Nadi. | NO | : Nomor |
| Nn | : Nona | | |
| RSU | : Rumah Sakit Umum | R/ | : Rasional |
| RM | : Rekam Medis | RR | : Recovery Room |
| RR | : <i>Respiratory Rate</i> | RL | : Ringer Laktat |
| S | : Suhu | STIKES | : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan |
| TD | : Tekanan Darah | TB | : Tinggi Badan |
| TD | : Tekanan Darah | TTV | : Tanda – Tanda Vital. |
| ZMC | : <i>Zygomatico Maxillary Complex</i> | | |
| PQRST (dalam karakteristik nyeri) | : P | | : <i>Provoking</i> |
| | | Q | : <i>Quality</i> |
| | | R | : <i>Regional</i> |
| | | S | : <i>Severity</i> |
| | | T | : <i>Timing</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur nasal merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh trauma pada wajah, ditandai dengan patahnya tulang hidung baik sederhana maupun kominitif (tulang patah menjadi beberapa bagian) dan sering menyebabkan sumbatan pada hidung. Fraktur nasal terjadi akibat benturan langsung pada wajah yang paling sering didapatkan dengan insiden sekitar 40%. Bentuk struktur hidung yang menonjol dan rapuh mengakibatkan hidung sangat rentan mengalami trauma benturan. Kesalahan penanganan fraktur nasal mengakibatkan deformitas cukup bermakna secara kosmetik maupun fungsional. Fraktur nasal dapat ditemukan bersamaan dengan fraktur tulang lainnya pada wajah (Sugawara & Nikaido, 2014).

Kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 5 bagian yakni berupa fisiologis, keamanan, kasih sayang sampai rasa memiliki serta penghargaan dan aktualisasi diri. Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada kasus Zygoma dan nasal biasanya berhubungan dengan, sistem pernafasan, kebutuhan oksigen bahkan Integritas kulit dan luka. Pemenuhan kebutuhan dasar paling utama jika terkena fraktur zygoma maupun fraktur nasal adalah oksigen karna jika tubuh kekurangan oksigen dalam waktu singkat dapat menimbulkan kematian otak dan berakibat fatal. Dengan tindakan pemenuhan kebutuhan oksigen secara benar maka risiko maupun dampak akibat kekurangan atau ketidakakuratan terapi oksigen dapat dicegah atau diatasi secara cepat dan tepat. Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigen adalah : Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Definisi: Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah keadaan dimana seseorang tidak mampu untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan guna mempertahankan kepatenan jalan nafas, dan masih banyak lagi seperti Nyeri, Gangguan Persepsi Sensori, bahkan Resiko Infeksi.

Trauma maksilofasial pada tahun 2011 di Royal Brisbane Hospital (Queensland/Negara bagian Australia) meningkat 28% pada periode 10 bulan yang sama dibandingkan pada tahun 2010, (Desember, P. J., Kairupan, C., Monoarfa, A., & Ngantung, 2014). 1,2 Kecelakaan kendaraan bermotor bertanggung jawab untuk 60% fraktur fasial, serta sisanya adalah penyerangan 24%, jatuh 9%, kecelakaan industri 4%, olahraga 2%, dan tembakan senjata 2%. Tergantung pada pusat trauma, jumlah penderita trauma fasial akibat penyerangan bersaing dengan kecelakaan kendaraan bermotor. Diantara trauma akibat olahraga, tinju yang terutama dihubungkan dengan trauma fasial yang insidensnya tinggi. Berdasarkan hasil penelitian retrospektif deskriptif di SMF Bedah BLU RSUD Prof. Dr. R.D. Kandou Manado, jumlah penderita fraktur fasial yang dirawat di SMF Bedah periode Januari 2012 - Desember 2012 sebanyak 156 kasus (5,60%) dari 2786 trauma fasial yang dirawat (Desember et al., 2014). Penelitian ini menggunakan metode retrospektif deskriptif melalui penelitian data rekam medik penderita fraktur fasial di Ruang (*Recovery Room/RR*) RSUD Haji Surabaya periode bulan maret sampai dengan mei. Data primer diambil dari bagian rekam medik dengan diagnosa fraktur fasial yang meliputi, fraktur zygoma, dan tulang nasal. Mengumpulkan data 3 bulan terakhir, sebanyak 4 pasien di ruang RR berdasarkan catatan status semua penderita yang di diagnosis sebagai kasus fraktur fasial berjumlah 1,3% dari jumlah keseluruhan 304 pasien.

Fraktur nasal yang datang terlambat dalam hitungan bulan atau bahkan tahunan setelah cedera maka manipulasi sudah tidak memungkinkan lagi sehingga diperlukan rinoplasti atau septorinoplasti. Dilakukan elevasi kulit dari rangka hidung dan mobilisasi os nasal dengan memotong dibagian lateral kemudian dilakukan reposisi ke posisi anatomi. Prosedur tersebut sangat sulit dilakukan, sehingga penanganan fraktur nasal secara dini dan adekuat lebih penting (Chandra, 2011). Penyebab fraktur nasal berkaitan langsung dengan trauma pada hidung atau wajah. Hanya sedikit kekuatan benturan yang diperlukan untuk dapat menimbulkan fraktur nasal. Fraktur nasal paling sering terjadi pada dewasa, di daerah perkotaan biasanya terjadi pada perkelahian, olahraga, dan kecelakaan lalu lintas sedangkan daerah pedesaan biasanya terjadi akibat kecelakaan bekerja. Kekerasan fisik pada perempuan dapat juga

dipertimbangkan. Penatalaksanaan berdasarkan atas gejala klinis, perubahan fungsional dan bentuk hidung. Tindakan mengembalikan fungsi hidung untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pada fraktur nasal sederhana yang tidak disertai dengan perpindahan fragmen tulang hidung penanganan pembedahan tidak dibutuhkan karena dapat sembuh spontan dan hanya diperlukan observasi, tetapi pada proses penyembuhannya dapat menyebabkan perubahan struktur hidung dan jaringan lunak. Tindakan reduksi tertutup secara lokal masih dapat dilakukan sampai 14 hari sesudah trauma. Bila tidak segera ditangani akan menimbulkan hematoma septum yang sering dari trauma hidung, ditandai dengan adanya akumulasi darah pada ruang subperikondrial yang akan menekan kartilago di bawahnya dan mengakibatkan nekrosis septum. Apabila hematoma septum yang tidak ditangani mengakibatkan fibrosis subperikondrial, kalsifikasi tulang rawan septum trauma berulang, sinekia, osteitis residual, obstruksi duktus nasolakrimalis, dan biasanya akan menimbulkan malunion (Sugawara 2014).

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda dan gejala, cara pencegahan, cara pengobatan, dan penanganan pasien dengan Fraktur Zygoma dan Fraktur Nasal, sehingga pasien maupun keluarga juga dapat berperan aktif dalam pengobatan non-farmakologi dengan cara hidup sehat, pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya. Fraktur Zygoma dan Nasal bisa disembuhkan dengan pemberian obat farmakologi seperti obat salep (gentamicin) sebagai obat antibiotic golongan aminoglikosida yang efektif menghambat pertumbuhan kuman-kuman penyebab infeksi kulit baik infeksi primer maupun sekunder adapun pemberian obat analgesik untuk mengurangi nyeri. Tindakan lain yang bisa dilakukan untuk mengatasi Fraktur Zygoma dan Nasal adalah dengan cara pembedahan dengan menggunakan sponges dressing nasal, tindakan tersebut adalah tindakan anestesi lokal dengan cara memberikan pasta kokain atau melalui tampon yang telah diberikan campuran lidokain dan phenylephrine untuk mengurangi perdarahan. Setelah di anestesi, elevator Boies dimasukan lebih dalam ke lubang hidung sampai di bawah fragmen fraktur depresi sekitar 1 cm sudut nasofrontal. Kemudian elevator Boeis dengan tuntunan ibu jari dibagian luar secara perlahan mencoba menaikan fraktur yang mengalami

fraktur depresi dan mendorong ke sisi kontralateral sehingga fraktur kembali ke posisi anatomi. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut melalui karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan dengan Diagnosa Medis Fraktur Zygoma dan Nasal pada Nn. F di ruang RR, RSUD Haji Surabaya” guna memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Fraktur Zygoma dan Nasal dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Nn. F secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pasien diagnosis medis Fraktur *Zygoma* dan *Nasal* di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi hasil pengkajian Pasien Nn. F dengan diagnosa Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Nn. F dengan diagnosa Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Nn. F dengan diagnosa Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.

4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Nn. F diagnosis medis Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Nn. F, Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien Nn. F, Fraktur Zygoma dan Nasal di ruang RR, RSUD Haji Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan. Adapun manfaat-manfaat lain dari karya ilmiah akhir secara teoritis dan praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.4.1 Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan cermat akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada Nn. F dengan diagnosis medis Fraktur *Zygoma* dan *Nasal* di ruang Recovery Room, RSUD Haji Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi institusi rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien diagnosis medis Fraktur Zygoma dan Nasal sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada diagnosis medis Fraktur Zygoma dan Nasal sehingga dapat meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi keluarga dan pasien

Keluarga mampu melakukan perawatan bagi pasien dengan diagnosis Fraktur Zygoma dan Nasal dirumah agar mempercepat penyembuhan.

4. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien khususnya dengan diagnosis medis Fraktur Zygoma dan Nasal sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada suatu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien Nn. F maupun tim kesehatan lain.
2. Observasi Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.
3. Pemeriksaan Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan pengamatan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data primer Data

Primer adalah data yang diperoleh dari pasien yang bernama Nn. F

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, surat pernyataan keaslian laporan, halaman persetujuan pembimbing, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar tabel, daftar singkatan dan daftar lampiran.

1.6.2 Bagian inti

Meliputi lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisikan tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metoda penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Landasan teori yang berisikan tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasiendengan diagnosa diagnosis medis Post Operation Spondylosis Cervical.

BAB 3: Hasil yang berisikan tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawtaan dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

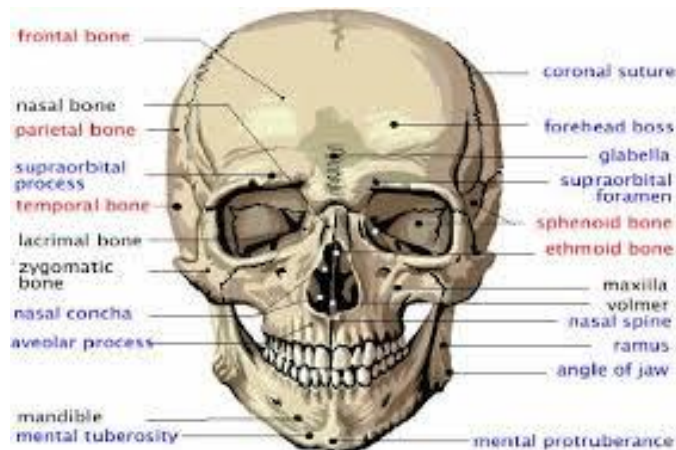
Dalam bab 2 ini akan di jelaskan secara teoritis mengenai konsep dasar penyakit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan dianosa medis Zygoma dan Nasal. Konsep dasar penyakit akan di uraikan dalam definisi, anatomi fisiologi, etiologi, gejala klinik, patofisiologi, diagnosa medis, serta penanganan secara medis. Pada konsep asuhan keperawatan akan di uraikan tentang masalah-masalah keperawatan dalam menangani Zygoma dan Nasal yang di rangkum dalam pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit *Fraktur Zygoma dan Nasal*

2.1.1 Antomi dan Fisiologi

Maksilofasial dibagi menjadi 3 bagian :

1. Sepertiga atas wajah = tulang frontalis, regiosupra orbita dan sinus frontalis.
2. Sepertiga tengah = Maksila, zigomatikus, lakrimal, nasal spine , nasal concha inferior dan tulang vomer
3. Sepertiga bawah = Mandibula



Gambar 2.1 Anatomi Maksilofasial

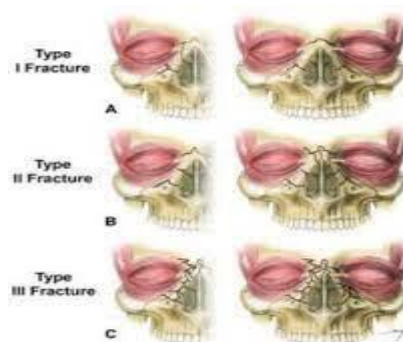
Menurut klasifikasi (Aktop, et al, 2013) yang digunakan pada fraktur Naso,Orbita,Ethmoid (NOE) terdiri dari tiga tipe yaitu :

1. Tipe I : Fraktur unilateral ataupun bilateral tanpa adanya deviasi garis tengah
2. Tipe II : Fraktur unilateral atau bilateral dengan deviasi garis tengah.
3. Tipe III : Pecahnya tulang nasal bilateral dan septum yang bengkok dengan penopang septal yang utuh.



Gambar 2.2 Klasifikasi Markowitz-Manson (Aktop, 2013)

Menurut Nguyen,M.,J.C.Koshy (2010) Fraktur (Naso,Orbital,Etmhoid/NOE) meliputi 5% dari keseluruhan fraktur maksilofasial pada orang dewasa. Kebanyakan fraktur dengan tipe I. Sedangkan fraktur tipe III merupakan fraktur yang paling jarang dan terjadi pada 1-5% dari seluruh kasus fraktur NOE.



Gambar 2.3 Klasifikasi Markowitz-Manson (Tollefson, 2013)

2.1.2 Definisi *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Menurut (Black, J dan Hawks, 2014). Fraktur adalah gangguan dari kontinuitas yang normal dari suatu tulang. Jika terjadi fraktur, maka jaringan lunak di sekitarnya juga sering kali terganggu.

Cedera yang terjadi pada daerah kepala sering terkait dengan fraktur yang melibatkan tulang-tulang wajah. Wajah terletak menonjol pada posisi tubuh manusia sehingga rentan mengalami cedera. Bagian prominen di regio zigomatik adalah daerah yang menahan benturan yang terberat pada cedera wajah. Fraktur zigomatikus merupakan fraktur yang melibatkan prosesus zigomatikus dan atau arkus zigomatikus. Garis fraktur berjalan melewati sutura zigomatikofrontalis, zigomatikospenoidalis, menuju ke arah fisura orbitalis inferior, dasar orbita, daerah infraorbitalis, dinding sinus maksilaris dan kadang melibatkan arkus zigomatikus. Fraktur pada regio ini juga seringkali melibatkan orbita. Fraktur zigomatikomaksilaris merupakan fraktur zigomatik, hanya saja garis frakturnya tidak hanya melibatkan tulang zigomatik tapi juga melibatkan daerah fasial dan distal sinus maksilaris. Fraktur kompleks zigomatik maksilaris adalah sekelompok fraktur yang dapat secara signifikan mempengaruhi struktur, fungsi dan tampilan wajah bagian tengah, termasuk daerah orbita. Hal yang menjadi perhatian adalah diperkirakan 18-83% pasien penderita fraktur kompleks zigomatikomaksilaris mengalami parestesi pada distribusi infraorbitalis. Menurut (Bernado et al., 2013).

2.1.3 Etiologi *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Fraktur hidung merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh trauma pada wajah, ditandai dengan patahnya tulang hidung baik sederhana maupun kominutif dan sering menyebabkan sumbatan pada hidung. Fraktur hidung terjadi akibat benturan langsung pada wajah yang paling sering didapatkan dengan insiden sekitar 40%. Bentuk struktur hidung yang menonjol dan rapuh mengakibatkan hidung sangat rentan mengalami trauma benturan. Kesalahan penanganan fraktur hidung mengakibatkan deformitas cukup bermakna secara kosmetik maupun fungsional. Menurut (Sugawara & Nikaido, 2014)

Penyebab fraktur hidung berkaitan dengan trauma langsung pada hidung atau wajah. Hanya sedikit kekuatan benturan yang diperlukan untuk dapat menimbulkan fraktur hidung. Fraktur hidung paling sering terjadi pada dewasa, di daerah perkotaan biasanya terjadi pada perkelahian, olahraga, dan kecelakaan lalu lintas sedangkan daerah pedesaan biasanya terjadi akibat kecelakaan bekerja. Kekerasan fisik pada perempuan dapat juga dipertimbangkan. (Sugawara & Nikaido, 2014)

2.1.4 Klasifikasi *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Zygomaxillary complex (ZMC) mempunyai peran penting pada struktur, fungsi, dan estetika penampilan dari wajah. ZMC memberikan kontur 15 pipi normal dan memisahkan isi orbita dari fossa temporal dan sinus maksilaris. Zygoma merupakan tempat melekat dari otot maseter, oleh karena itu kerusakannya akan berpengaruh terhadap proses mengunyah. Fraktur ZMC menunjukkan kerusakan tulang pada empat dinding penopang yaitu zygomatico maxillary, fronto zygomatic, zygomatico sphenoid, dan zygomaticotemporal. Fraktur ZMC merupakan fraktur kedua tersering pada fraktur maksilofasial setelah fraktur nasal menurut (Meslemani, D., dan R.M., 2012). Klasifikasi pada fraktur ZMC yang sering digunakan adalah klasifikasi Knight dan North. Klasifikasi ini turut mencakup tentang penanganan terhadap fraktur ZMC. Klasifikasi tersebut dibagi menjadi enam menurut (Meslemani, D., dan R.M., 2012). yaitu :

1. Kelompok 1 : Fraktur tanpa pergeseran signifikan yang dibuktikan secara klinis dan radiologi.
2. Kelompok 2 : Fraktur yang hanya melibatkan arkus yang disebabkan oleh gaya langsung yang menekuk malar eminence ke dalam.
3. Kelompok 3 : Fraktur yang tidak berotasi
4. Kelompok 4 : Fraktur yang berotasi ke medial
5. Kelompok 5 : Fraktur yang berotasi ke lateral
6. Kelompok 6 : Fraktur kompleks yaitu adanya garis fraktur tambahan sepanjang fragmen utama.

Berdasarkan klasifikasi Knight dan North, fraktur kelompok 2 dan 3

hanya membutuhkan reduksi tertutup tanpa fiksasi, sementara fraktur kelompok 4, 5, dan 6 membutuhkan fiksasi untuk reduksi yang adekuat menurut (Meslemani, D., dan R.M., 2012).

Tulang nasal merupakan tulang yang kecil dan tipis dan merupakan lokasi fraktur tulang wajah yang paling sering. Fraktur tulang nasal telah meningkat baik dalam prevalensi maupun keparahan akibat peningkatan trauma dan kecelakaan lalu lintas menurut (Baek, 2013)

Fraktur tulang nasal mencakup 51,3% dari seluruh fraktur maksilofasial Menurut (Haraldson, 2013).

Klasifikasi fraktur tulang nasal menurut (Ondik MP, Lipinski I., 2009) terbagi menjadi lima tipe yaitu :

1. Tipe I : Fraktur unilateral ataupun bilateral tanpa adanya deviasi garis tengah
2. Tipe II : Fraktur unilateral atau bilateral dengan deviasi garis tengah.
3. Tipe III : Pecahnya tulang nasal bilateral dan septum yang bengkok dengan penopang septal yang utuh.
4. Tipe IV : Fraktur unilateral atau bilateral dengan deviasi berat atau rusaknya garis tengah hidung, sekunder terhadap fraktur septum berat atau dislokasi septum.
5. Tipe V : Cedera berat meliputi laserasi dan trauma dari jaringan lunak, saddling dari hidung, cedera terbuka, dan robeknya jaringan.

2.1.5 Manifestasi Klinis *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Manifestasi Klinis menurut (Black dan Hawks, 2014). Berdasarkan manifestasi klinis fraktur klien harus melalui, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

1. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.

2. Pembengkakan

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

3. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

4. Spasme otot

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

5. Nyeri

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

6. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

7. Kehilangan fungsi

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

8. Gerakan abnormal dan krepitasi

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

9. Perubahan neurovaskular

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

10. Syok

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

2.1.6 Patofisiologi *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Fraktur terjadi ketika tenaga yang diterapkan melebihi kemampuan stres tulang, mengarah ke gangguan mineral matriks dan gangguan jaringan lunak yang terkait. Fraktur bisa bersifat sederhana/ simpel, melibatkan gangguan tunggal antara dua segmen tulang, atau bersifat comminuted, yang berarti terdiri dari beberapa fragmen tulang. Pergeseran mengacu pada perubahan dalam hubungan anatomi segmen tulang. Perubahan ini dapat terjadi sebagai akibat dari energi dari pukulan itu sendiri atau karena tarikan otot yang dilawan. Angulation adalah perubahan sudut sumbu panjang tulang di fraktur. Distraksi mengacu pada jarak antara segmen tulang di patah tulang, dan rotasi adalah perubahan orientasi segmen tulang sepanjang sumbu panjang mereka. Fraktur dianggap menguntungkan jika orientasi vektor tarik otot bertindak untuk kompresi fraktur. Fraktur yang tidak menguntungkan yaitu salah orientasi sehingga vektor tarik otot bertindak untuk menjauhkan fragmen menurut (Kellman, R.M., Tatum, 2006).

Fraktur terbuka berarti ada paparan antara tulang yang patah dengan lingkungan luar jaringan lunak, yang mengarah ke kontaminasi bakteri. Hal ini sedikit membingungkan pada wajah karena disana terdapat rongga mulut, hidung, dan sinus. Patah tulang yang melibatkan laserasi kulit wajah atau mukosa oral disebut patah tulang terbuka. Biasanya, fraktur yang melibatkan bantalan tulang gigi bahkan tanpa laserasi mukosa dianggap terbuka karena dari paparan flora mulut melalui jaringan periodontal. Fraktur pada rongga hidung yang melibatkan laserasi mukosa hidung juga terkena flora hidung. Fraktur pada sinus yang terinfeksi mungkin awalnya tidak melibatkan kontaminasi bakteri. Namun, sinus yang terisi darah kemungkinan menjadi koloni cukup cepat. Beberapa fraktur wajah tidak akan dianggap terbuka antara lain fraktur ramus mandibula terisolasi atau patah tulang subcondylar dan patah tulang arkus zygomatic menurut (Kellman, R.M., Tatum, 2006).

Jumlah energi yang terkait dengan cedera cenderung mempengaruhi karakteristik cedera. Dampak energi rendah seperti pukulan tinju cenderung menyebabkan patah tulang kurang kominitif dan kurang bergeser. Dampak energi tinggi lebih biasanya terkait dengan cedera jaringan lunak yang lebih

luas. Sebuah benda keras menerpa wajah lebih cenderung menyebabkan kominusi dibanding dari pukulan benda tajam dengan energi yang sama karena energi pukulan ditransfer ke jaringan yang lebih cepat. Trauma penetrasi seperti peluru berenergi rendah menciptakan cedera lebih rendah dibanding peluru energi tinggi. Namun, desain peluru juga menjadi pertimbangan. Sebuah peluru energi tinggi dengan permukaan yang keras dapat keluar tubuh cukup cepat, tidak menghamburkan semua energi ke dalam tubuh. Sebuah peluru energi yang lebih rendah yang dirancang untuk memperluas sebagian besar energi sebelum keluar tubuh dapat lebih merusak. Namun, jumlah energi gelombang kejut dari dampak peluru menentukan tingkat kerusakan jaringan sekitar menurut (Kellman, R.M., Tatum, 2006).

2.1.7 Komplikasi *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Fraktur nasal jarang menimbulkan komplikasi yang berat, tetapi apabila dalam menegakkan diagnosis dan penanganannya tidak adekuat maka dalam jangka panjang dapat menimbulkan masalah yang serius. Komplikasi jangka panjang dapat berupa deformitas hidung, obstruksi hidung, perforasi septum dan komplikasi lain seperti sinusitis kronis. Hal tersebut dapat menetap atau makin memburuk dalam beberapa bulan atau tahun setelah terjadinya trauma. Menurut (Bernado et al., 2013).

Fraktur nasal pada bayi dan anak sering kali diabaikan tetapi dampaknya baru dirasakan ketika anak tersebut berusia remaja atau dewasa yaitu dapat menimbulkan gangguan deformitas hidung dan wajah. Diagnosis dan penanganan yang tepat pada fraktur nasal akan menurunkan insidens gejala sisa fraktur nasal dan juga mengurangi tindakan rinoplasti atau septorinoplasti akibat keterlambatan diagnosis dan penanganan fraktur nasal yang tidak tepat. Tujuan dari penulisan tinjauan pustaka ini adalah untuk membahas dan memahami tentang cara penatalaksanaan yang tepat pada penderita fraktur nasal. Menurut (Bernado et al., 2013).

Anatomi Hidung Tulang hidung terdiri dari beberapa tulang yang berpasangpasangan dan berbentuk seperti piramid. Hidung luar dibentuk oleh kerangka tulang dan tulang rawan yang dilapisi kulit, jaringan ikat dan

beberapa otot kecil yang berfungsi untuk melebarkan dan menyempitkan lubang hidung. Kerangka tulang terdiri dari os nasalis, pros frontalis os maksila dan pros nasalis os frontal. Sedangkan kerangka tulang rawan terdiri dari beberapa pasang tulang rawan yang terletak di bagian bawah hidung yaitu sepasang kartilago nasalis lateralis superior, sepasang kartilago nasalis lateralis inferior yang disebut juga sebagai kartilago alaris mayor, beberapa pasang kartilago alaris minor dan tepi anterior kartilago septum di bagian tengah. Pros. frontalis os. maksila di bagian lateral saling berartikulasi satu sama lain pada bagian tengah. Menurut (Bernado et al., 2013).

Bagian superior tulang hidung lebih tebal dibanding bagian inferior dan melekat pada pros frontalis os. maksila. Bagian ini lebih tahan terhadap cedera, bagian inferior lebih tipis dan lebih luas serta melekat pada kartilago nasalis lateralis superior. Fraktur nasal sering terjadi pada daerah transisi kedua bagian ini yang disebut area keystone. Namun pada beberapa kasus, fraktur nasal melibatkan struktur proksimal dari tulang hidung seperti os. frontal sampai lamina kribosa. Fraktur ini biasa disebut fraktur Nasoorbitaetmoid dan umumnya lebih banyak menimbulkan komplikasi, dan luka patologi sehingga memerlukan perhatian yang lebih serius. Menurut (Bernado et al., 2013).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Pemeriksaan Diagnostik. Menurut Istianah (2017) ada 2 antara lain mencakup :

1. Laboratorium

Pada fraktur test laboratorium yang perlu diketahui : Hemoglobin, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, laju endap darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas. Pada masa penyembuhan Ca dan P mengikat di dalam darah.

2. Radiologis

Untuk lokasi fraktur harus menurut rule of two, terdiri dari : 2 gambaran, antero posterior (AP) dan lateral Memuat dua sendi di proksimal dan distal fraktur Memuat gambaran foto dua ekstremitas, yaitu ekstremitas

yang cedera dan yang tidak terkena cedera yaitu sebelum tindakan dan sesudah tindakan. Bertujuan : Untuk melihat beratnya cedera/ lokasi dan untuk melihat perkembangan tulang. Pergeseran fragmen Tulang ada 4 :

- a. Aligman : perubahan arah axis longitudinal, bisa membentuk sudut.
- b. Panjang : dapat terjadi pemendekan (shortening)
- c. Aposisi : hubungan ujung fragmen satu dengan lainnya
- d. Rotasi : terjadi perputaran terhadap fragmen proksima

3. MRI (Magnetik Resonance Imaging)

Mengidentifikasi masalah pada otot, tendon & legamen. Untuk melihat/ mengetahui gambaran otak melalui informasi hidrogen proton dengan menggunakan ruang magnetik yang besar sehingga gambaran pembuluh darah, saraf dan otak lebih jelas.

2.1.9 Penatalaksanaan *Fraktur Zygoma dan Nasal*

Penatalaksnaan cedera saraf perifer harus tepat untuk mengoptimalkan pemulihan fungsi sensoris dan motoris, agar mengurangi nyeri. Ahli bedah harus berpegang pada tujuan pemulihan fungsi atau penyembuhan nyeri. Tujuan pentalaksanaan yang segera pada cedera saraf adalah memperoleh manfaat perbaikan saraf secara dini. Keputusan klinis harus dibuat secara terorganisasi, pertama menentukan penyebab dan letak cedera,serta mengklasifikasikan keparahan cedera. Berikutnya adalah menentukan prognosis, dan tahap akhir menentukan rencana keputusan jika kapan bedah diperlukan. Menurut (Bernado, P., Prihartiningsih, & Rahajoe, 2013).

Tujuan penatalaksanaan awal fraktur adalah memutuskan perlu-tidaknya tindakan bedah secara dini atau akan dilakukan observasi untuk pemulihan. Tipe,mekanisme,keparahan dan lokasi cedera harus dinilai dan menjadi faktor pengambilan keputusan. Penatalaksanaan cedera saraf dengan gangguan berupa parestesi akibat tekanan singkat dilakukan dengan memonitor pemulihan, sementara tindakan bedah jarang diperlukan karena biasanya masuk dalam cedera sedang (Sunderland tipe I atau II). Penatalaksnaan parestesi akibat tekanan yang bersifat konstan berupa mengidentifikasi

sumber tekanan dengan mengeksplorasi dan menghilangkan sumber kompresi, kemudian melindungi saraf dari kompresi yang berasal dari jaringan parut, tindakan bedah mungkin diperlukan (Sunderland tipe I, II atau III). Penatalaksanaan akibat regangan yang singkat berupa memonitor pemulihan, tindakan bedah jarang diperlukan, biasanya merupakan cedera ringan (Sunderland tipe I atau II). Menurut (Bernado, P., Prihartiningsih, & Rahajoe, 2013).

2.2 Konsep Ruang Operasi

Definisi

Unit khusus di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif ataupun akut, yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya. (Kemenkes, 2012). Menurut HIPKABI (2014) ruang operasi ialah suatu unit khusus di rumah sakit, tempat untuk melakukan tindakan pembedahan, baik elektif ataupun emergency, yang membutuhkan kondisi bersih hama (steril). Kamar operasi terdapat tiga pembagian area.

1. Area non steril yang terdiri dari ruangan administrasi, ruangan penerimaan pasien, ruang konfrensi, area persiapan pasien, ruang istirahat dokter, ruang ganti pakaian.
2. Area yang kedua adalah area semi steril yang terdiri dari ruang pemulihan atau recovery room, ruang penyimpanan alat dan material operasi steril, ruang penyimpanan obat-obatan, ruang penampungan alat dan instrumen kotor, ruang penampungan linen kotor, ruang penampungan limbah atau sampah operasi, ruang resusitasi bayi dan ruang untuk tindakan radiologi sederhana.
3. Area yang ketiga adalah area steril yang terdiri dari ruang tindakan operasi, ruang cuci tangan atau scrub area dan ruang induksi. Pada area steril harus selalu terjaga kebersihan dan kondisi steril harus benar-benar dijaga (Kemenkes, 2012).

Ruang operasi juga digunakan sebagai ruang untuk melakukan tindakan operasi atau pembedahan. Luas ruangan harus cukup untuk memungkinkan petugas bergerak sekeliling peralatan operasi/bedah. Ruang operasi harus

dirancang dengan faktor keselamatan yang tinggi. Di ruang operasi, pasien dipindahkan dari stretcher khusus Ruang Operasi Rumah Sakit ke meja operasi/bedah. Di ruang ini pasien operasi dilakukan pembiusan (anestesi). Setelah pasien operasi tidak sadar, selanjutnya proses operasi dimulai oleh Dokter Ahli Bedah dibantu petugas medik lainnya. (Kemenkes, 2012)

2.3 Konsep Anestesi

Anestesi umum adalah kondisi yang dikendalikan dengan ketidaksadaran yang diperoleh melalui penggunaan obat-obatan dengan hilangnya respon rasa nyeri (analgesia), hilangnya ingatan (amnesia), hilangnya respon terhadap rangsangan atau reflek dan hilangnya gerak spontan (immobility) serta hilangnya kesadaran, anestesi dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Anestesi lokal

Anestesi lokal dilakukan dengan memblokir sensasi atau rasa sakit pada area tubuh yang akan dioperasi. Jenis anestesi ini tidak memengaruhi kesadaran, sehingga pasien akan tetap sadar selama menjalani operasi atau prosedur medis.

2) Anestesi Regional

Anestesi regional dilakukan dengan memblokir rasa sakit di sebagian anggota tubuh. Seperti halnya anestesi lokal, pasien akan tetap tersadar selama operasi berlangsung, namun tidak dapat merasakan sebagian anggota tubuhnya. Pada anestesi regional, obat akan diberikan dengan cara disuntikkan di dekat sumsum tulang belakang atau di sekitar area saraf. Suntikan ini akan menghilangkan rasa sakit pada beberapa bagian tubuh, seperti pinggul, perut, lengan, dan kaki.

3) Anestesi Umum

Anestesi umum atau biasa disebut bius total adalah prosedur pembiusan yang membuat pasien menjadi tidak sadar selama operasi berlangsung. Anestesi jenis ini sering digunakan untuk operasi besar, seperti operasi jantung terbuka, operasi otak, atau transplantasi organ. Anestesi ini bisa diberikan melalui dua cara, yaitu melalui gas untuk dihirup (inhalasi) dan obat yang disuntikkan ke dalam pembuluh darah (intravena).

| Obat-Obat Anastesi Intravena | Obat-obat Anastesi Inhalasi |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Atropine Sulfat | 1) Nitrous Oxide |
| 2. Pethidin | 2) Halotan |
| 3. Atrakurium | 3) Enfluren |
| 4. Ketamine HCL | 4) Isofluran |
| 5. Midazolam | 5) Sevofluran |
| 6. Fentanyl | |
| 7. Rokuronium bromide | |

Sumber : Omoigui, 2009

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan *Fraktur Zygoma dan Nasal*

2.4.1 Pengkajian

Menurut (American Nurses Association/ANA). Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Handayaningsih, 2007).

1. Identitas pasien

Identitas meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis. Dalam rangkaian lebih dari 200 fraktur fasial yang terlihat di pusat trauma perkotaan, penyerangan dilaporkan hampir 50%. Rasio pria dibanding wanita 3:1 untuk dewasa, tetapi rasio ini berkurang pada pasien anak-anak 3:2 . 1,3 Fraktur tulang fasial terjadi karena beban trauma yang lebih besar dari tahanan tulang fasial (Desember, P. J., Kairupan, C., Monoarfa, A., & Ngantung, 2014).

2. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik. Selain itu klien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) Provoking incident : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- b) Quality of pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) Region : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) Severity (scale) of pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari. Menurut (Padila, 2013).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang. Menurut (Padila, 2013).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Merupakan data yang diperlukan untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien sebelum menderita penyakit sekarang, berupa riwayat trauma midface. Biasanya ada trauma atau pada saat terjadi kecelakaan.

5. Pemeriksaan fisik

Pengelolaan trauma ganda yang berat memerlukan kejelasan dalam menetapkan prioritas. Tujuannya adalah segera mengenali cedera yang mengancam jiwa dengan Primary Survey, Menurut (Sadikin, 2016).

Seperti:

Airway

Menilai jalan nafas bebas. Apakah pasien dapat bicara dan bernafas dengan bebas, Jika ada obstruksi maka lakukan :

1. Chin lift / jaw thrust (lidah itu bertaut pada rahang bawah)
2. Suction / hisap (jika alat tersedia)
3. Guedel airway / nasopharyngeal airway
4. Intubasi trakhea dengan leher di tahan (imobilisasi) pada posisi netral

Breathing

Menilai pernafasan cukup. Sementara itu nilai ulang apakah jalan nafas bebas. Jika pernafasan tidak memadai maka lakukan :

1. Dekompresi rongga pleura (pneumotoraks).
2. Tutuplah jika ada luka robek pada dinding dada
3. Pernafasan buatan Berikan oksigen jika ada.

Circulation

Menilai sirkulasi / peredaran darah. Sementara itu nilai ulang apakah jalan nafas bebas dan pernafasan cukup. Jika sirkulasi tidak memadai maka lakukan :

1. Hentikan perdarahan eksternal.
2. Segera pasang dua jalur infus dengan jarum besar (14 - 16 G).
3. Berikan infus cairan.

Disability

Menilai kesadaran dengan cepat, apakah pasien sadar, hanya respons terhadap nyeri atau sama sekali tidak sadar.

AWAKE = A

RESPONS BICARA (verbal) = V

RESPONS NYERI = P

TAK ADA RESPONS = U

Cara ini cukup jelas dan cepat.

Exposure

Lepaskan baju dan penutup tubuh pasien agar dapat dicari semua cedera yang mungkin ada. Jika ada kecurigaan cedera leher atau tulang belakang, maka imobilisasi in-line harus dikerjakan.

B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)

Sangat penting untuk mengkaji status pernapasan segera setelah operasi. Komplikasi yang bisa segera muncul adalah obstruksi jalan nafas. obstruksi jalan nafas bisa disebabkan oleh perubahan pada tonus otot faring yang dicetuskan oleh obat anestesia. Menurut (Mary Baradero, 2009).

B2 Sistem Kardiovaskular (*Blood*)

Pengkajian setelah operasi mengenai status kardiovaskuler adalah prioritas dalam asuhan keperawatan post operation spondilosis cervical, hipotensi dapat terjadi oleh karena adanya perdarahan, tidak adekuatnya penggantian cairan tubuh yang hilang, vasodilasi yang di sebabkan oleh obat atau anestesia. Menurut (Mary Baradero, 2009).

B3 Sistem Pengindraan dan Persyarafan (*Brain*)

Tingkat kesadaran. Tingkat keterjagaan dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Pemeriksaan fungsi serebral, pemeriksaan dilakukan dengan mengobservasi penampilan, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Klien yang telah lama mengalami cedera tulang belakang biasanya mengalami perubahan status mental. Menurut (Doengoes, 2000).

B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Retensi urine bisa timbul pada awal setelah operasi. Retensi urine ditandai dengan tidak ada urine selama 6-8 jam atau urine sedikit. Palpasi yang ringan pada daerah vesika urinaria (diatas simfisis pubis) bisa membuat pasien merasa nyeri dan perawat bisa meraba vesica urinaria yang penuh dengan urine. Menurut (Mary Baradero, 2009).

B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Distensi abdomen setelah operasi terjadi akibat akumulasi gas dalam usus karena manipulasi ketika pembedahan dan angin yang tertelan saat pemulihan dari anestesia. Distensi abdomen ditandai dengan adanya nyeri abdomen, mual, muntah. Menurut (Mary Baradero, 2009).

B6 Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Muskuloskeletal adalah sistem kompleks yang merupakan penunjang bentuk tubuh dan bertanggung jawab terhadap pergerakan melibatkan otot-otot dan kerangka tubuh, dan termasuk sendi, ligamen, tendon, dan saraf. (Stretching-exercise, Hospital Maternity, 2015).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Post Operasi Fraktur Zygoma dan Nasal yang diambil pada saat diruang RR adalah sebagai berikut:

- 1) Gangguan Persepsi Sensori b/d Gangguan Pengelihatan (**D.0085**)
- 2) Nyeri Akut b/d Agen pencederaan fisik (mis. Edema cedera jaringan lunak) (**D.0012**)
- 3) Hipotermia b/d Terpapar suhu lingkungan rendah (**D.0131**)
- 4) Resiko Cedera faktor resiko perubahan fungsi motorik (**D.0136**)

2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

| No Dx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|-------|---|---|--|--|
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencederaan fisik (mis. Edema, cedera jaringan lunak) d.d terdapat hematoma pada wajah sebelah kanan. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit maka diharapkan Nyeri pada klien akan menurun. Dengan Kriteria Hasil : -Keluhan nyeri menurun (1-5) -Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (1-5) -Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (1-5) -Tekanan darah membaik (1-5) (SLKI, L.08066) (Hal : 145) | Observasi -Identifikasi karakteristik nyeri (mis.pencetus) -Identifikasi riwayat alergi obat Terapeutik -Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu Edukasi -Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi -Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, jika perlu (SIKI, 1.08243) (Hal : 251) | -Untuk mengetahui tingkat nyeri -Agar mengetahui obat apa saja yang membuat pasien alergi -Untuk mendapatkan hasil yang optimal -Agar pasien mampu memahami efek samping dalam terapi tersebut. -Untuk memberikan rasa nyaman /ketenangan pasien |

| No Dx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|----------|--|---|--|--|
| 2. | Hipotermia b.d Terpapar suhu lingkungan rendah d.d pasien menggigil | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit suhu tubuh dan kadar oksigen pasien pasien membaik. 1. Menggigil menurun (1-5) 2. Suhu tubuh membaik (1-5) 3. Ventilasi membaik (1- 5) 4. Konsumsi Oksigen menurun. (1-5) (SLKI,L.14134) (Hal : 129) | 1. Monitor suhu 2. Monitor respon pasien terhadap terapi 3. Pilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis. Lampu hangat) jika pada ruangan RR terdapat alat kusus untuk mengatasi keedinginan pada pasien yang mengeluarkan udara hangat 4. Ajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri (SIKI, 1.14586) (Hal : 431) | 1. Untuk mengetahui suhu pasien sudah membaik atau bahkan makin memburuk. 2. Agar perawat mengetahui apakah sudah optimal atau tidak. 3. Untuk memberikan kehangatan pada tubuh pasien pasca operasi. 4. Agar pasien mampu mengetahui secara mandiri suhu tubuh yang dialaminya |

| No Dx | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|-------|---|--|---|---|
| 3. | Gangguan Persepsi Sensori b.d gangguan pengelihatan d.d Trauma benturan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit edema menurun. Dengan Kriteria Hasil : -Verbalisasi melihat bayangan meningkat (1-5) -Konsentrasi Membaik (1-5) -Respons sesuai stimulus membaik (1-5) (SLKI, L.09083) | Observasi 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan Terapeutik 2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi 3. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus Kolaborasi 4. Kolaborasi dalam meminalkan prosedur/tindakan (SIKI, 1.08241) (Hal : 233) | -Agar mengetahui tingkatan kondisi pasien -Untuk membuat pasien agar lebih nyaman -Untuk menghindari resiko lebih lanjut -Untuk memberikan penyembuhan lebih cepat |

2.4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu.

Pada diagnosa post oprasi didapatkan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 30 menit dengan melakukan identifikasi lokasi, karakteristik , durasi, frekuensi, intensitas nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin, terapi musik), sedangkan pada saat Post Operasi menjelaskan strategi meredakan nyeri, memberikan identifikasi skala nyeri, kalaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.

Pada diagnosa post operasi didapatkan Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 30 menit dengan monitor suhu tubuh, Pilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis. Lampu hangat) jika pada ruangan RR terdapat alat kusus untuk mengatasi kedinginan pada pasien, ajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri

Pada diagnosa post operasi didapatkan Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan Gangguan pengelihatan dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 30 menit dengan Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan, Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori, mengajarkan cara meminimalisasi stimulus, Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi sensori, jika perlu.

2.4.5 Evaluasi

Dilaksanakan dalam suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai.

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Evaluasi Formatif Evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respons segera.

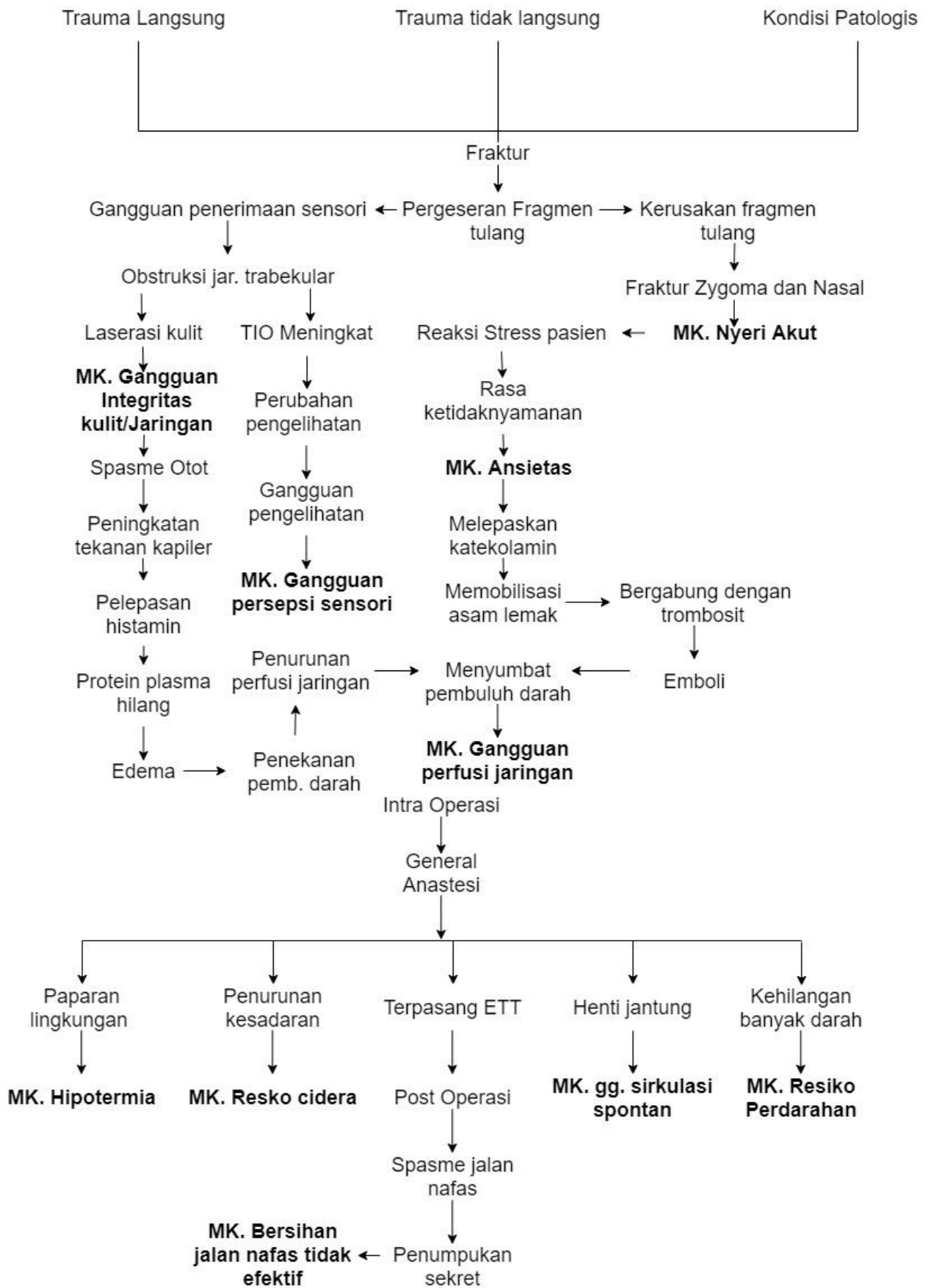
2. Evaluasi sumatif Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

a) Tujuan tercapai Tujuan ini dikatakan apabila pasien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

b) Tujuan tercapai sebagian Tujuan ini dikatakan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari masalah atau penyebabnya.

c) Tujuan belum tercapai Dikatakan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan adanya perubahan ke arah kemajuan sebagaimana kriteria yang diharapkan.

2.5 Kerangka masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS POST OP

Gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Fraktur Zygoma dan Nasal* di Ruang *Recovery Room* RSUD Haji Surabaya, penulis menyajikan asuhan keperawatan yang dilaksanakan dari tanggal 03 Mei 2021 pukul 09.00 sampai dengan pukul 12.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, dan file No. Register 90-xx-xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian post operasi

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Nn.F usia 23 tahun, beragama Islam, status pasien yakni anak dari 2 bersaudara dari Tn.H Penanggung biaya pasien adalah BPJS. Pasien MRS Tanggal 30 April 2021 pukul 09.00 WIB.

3.1.2 Keluhan utama

Pada saat post operasi pasien mengatakan nyeri pada bagian wajah sebelah kanan sudah menurun dari skala 6 menjadi skala 3, nyeri seperti di tusuk tusuk pada bagian wajah sebelah kanan juga menurun dan nyeri timbul saat ada pergerakan pada area mata misalnya melirik, wajah tampak meringis saat melirik.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Setelah di pindahkan ke ruang RR pasien mengatakan badannya terasa dingin, pada saat dilakukan pengecekan didapatkan data suhu 35,7° dengan menggunakan termogun, dan akral terasa dingin pada bagian ujung jari kaki, serta hambatan melihat karna adanya oedema pada daerah mata.

3.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Nn. F tidak memiliki riwayat hipertensi ataupun diabetes melitus.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita kanker, diabetes millitus, hipertensi, dan asma

3.1.6 Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak punya alergi terhadap obat maupun makanan.

3.1.7 Observasi dan Pemeriksaan Fisik (Review of system) :

Keadaan umum pasien dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 130/67mmHg, nadi 103x/menit, suhu 35,7°C, pernapasan 20x/menit dan SpO₂ 97%.

1. B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi setelah pasien Post Operasi didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, terdapat alat bantu nafas tambahan simple mask 6 lpm, irama nafas pasien reguler, terdapat bunyi wheezing menurun, pasien tidak terpasang ETT, pasien masih belum mampu batuk, tidak ada sianosis, bunyi nafas menurun, dengan alat yang dipasang pada bagian fraktur nasalnya yaitu sponges dressing nasal RR:20x/Menit, SpO₂:97%.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 Sistem Kardiovaskular (*Blood*)

Pemeriksaan inspeksi tidak terdapat lesi atau benjolan, conjungtiva an anemis, sklera an-icterik tidak terdapat sianosis, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, akral teraba dingin dibagian kaki, kering, Suhu : 35,7°C.

Masalah Keperawatan : Hipotermia

3. B3 Sistem Penginderaan dan Persyarafan (*Brain*)

Pemeriksaan inspeksi, kesadaran composmentis, GCS 456, terdapat polip, mata (-)/(+), telinga normal dan bersih, lidah bersih, tidak ada nyeri telan, vulva ada ditengah, koordinasi gerak baik, Nn. F tidak dapat melihat dengan jelas pada mata sebelah kanan, distorsi sensori, lapang pandang terbatas, melihat ke satu arah.

Masalah Keperawatan : Resiko Cidera

4. B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Pada saat pengkajian sistem perkemihan pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAK, pasien juga tidak terpasang kateter, pasien mengatakan BAK : 3x - 4x /Hari berwarna kuning jernih dan bau khas.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Bentuk abdomen pasien normal, BB 47 Kg, mukosa mulut pasien kering merah tidak terpasang NGT dan juga tidak terjadi diare/Konstipasi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Pada saat pengukuran skala nyeri Post Operasi pada pasien didapatkan penyebab nyeri tekan, kualitas seperti di tusuk tusuk menurun, letaknya pada daerah wajah sebelah kanan, intensitas nyeri menjadi skala 3 (1-10) waktu nyeri yang dirasakan pasien hilang timbul, Nyeri menurun, turgor kulit pasien baik, terdapat oedem di bagian wajah sebelah kanan, akral dingin, pasien merasa kedinginan dengan pengecekan suhu $35,7^{\circ}$ pergerakan sendi bebas, kekuatan otot :

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

Masalah Keperawatan : Hipotermia

3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Laboratorium

| Komponen | Nilai Klien | Satuan | Nilai normal |
|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| HCT | 40,8 | % | 37.0 - 54.0 |
| PLT | 239 | 10 ³ /uL | 150 – 400 |
| HGB | 14,2 | g/Dl | 11.0 - 16.0 |
| BUN | 9 | mg/dL | 10.0 - 24.0 |
| SGOT | 12 | U/I | 0 – 35 |
| SGPT | 13 | U/I | 0 – 37 |
| Kreatinine | 3,1 | mg/dL | 0.6 -1.5 |
| Na | 141 | mEq/liter | 135 |
| PPT | 9,6 | Detik | 10 - 13 |
| Calsium | 11,0 | mg/dL | 8,6 - 10,3 |
| APPT | 22,0 | Detik | 25 – 35 |
| INR | 0,86 | Detik | <1,10 |

3.1.9 Pemberian Terapi

Nama Pasien : Nn. F

Ruangan : *Recovery Room*

Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi

| Hari/Tanggal | Medikasi | Dosis | Indikasi |
|------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Senin 03-Mei-2021 | Keterolac | 3 x 30g (IV) | Meringankan nyeri. |
| | Ondanesetron | 4mg (IV) | Mencegah mual muntah. |
| | Fentanyl | 50mg (IM) | Obat Antinyeri |

3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data Post Operasi

| No | Data | Etiologi | Problem |
|----|---|--|---|
| 1. | <p>DS : Pasien mengatakan nyeri dibagian wajah dan pengelihatan mata sebelah kanan buram</p> <p>P : Nyeri tekan</p> <p>Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : Lokasi nyeri pada daerah wajah sebelah kanan bagian lacrimal, nasal bone, daerah zygomatic</p> <p>S : Nyeri dirasakan pasien pada skala 3 dari pengecekan (1-10) nyeri membuat pasien cemas dan gelisah</p> <p>T : Nyeri hilang timbul dalam waktu lama terkadang nyeri berkurang apabila meminum obat analgesik.</p> <p>DO : Terdapat Hematom pada daerah wajah sebelah kanan didapatkan wajah pasien datar dengan skala 3</p> | <p>Agen pencederaan fisik (mis. Edema, cedera jaringan lunak)</p> | <p>Nyeri Akut (SDKI, D.0077) (Hal : 172)</p> |
| 2. | <p>DS : Pasien mengatakan bahwa merasa kedinginan</p> <p>DO : Akral teraba dingin, Suhu tubuh 35,7° Pasien menggunakan sponges dressing nasal dan Konsumsi oksigen menggunakan simple mask 6 lpm karena untuk membantu kadar oksigen pasien agar tetap normal 95-100%</p> | <p>Terpapar suhu lingkungan rendah</p> | <p>Hipotermia (SDKI, D.0131) (Hal : 286)</p> |
| 3. | <p>Faktor Resiko Perubahan fungsi psikomotor</p> | | <p>Resiko Cedera (SDKI, 0.136) (Hal : 294)</p> |

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.4 Intervensi Post Operasi

| No | Problem | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi (OTEK) | Rasional |
|----|---|--|---|---|--|
| 1. | Nyeri Akut b.d agen pencederaan fisik (mis. Edema, cedera jaringan lunak) d.d terdapat hematoma pada wajah sebelah kanan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit maka diharapkan nyeri pada pasien menurun | -Keluhan nyeri menurun (1-5) -Perasaan takut mengalami cedera berulang (1-5) -Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (1-5) -Tekanan darah membaik (1-5) (SLKI, L.08066) | 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik Terapeutik 4. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal Edukasi 5. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik (SIKI, 1.08243) (Hal : 251) | 1. Untuk mengetahui tingkat nyeri 2. Agar mengetahui obat apa saja yang membuat pasien alergi 3. Untuk mendapatkan hasil yang optimal 4. Agar pasien mampu memahami efek samping dalam terapi tersebut. 5. Untuk memberikan rasa nyaman /ketenangan pasien |

| No | Problem | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi (OTEK) | Rasional |
|----|--|--|--|--|--|
| 2. | Hipotermia b.d Terpapar suhu lingkungan rendah d.d pasien menggigil | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit suhu tubuh dan kadar oksigen pasien pasien membaik. | 1. Menggigil menurun (1-5) 2. Suhu tubuh membaik (1-5) 3. Ventilasi membaik (1-5) 4. Konsumsi Oksigen menurun. (1-5) (SLKI,L.14134) (Hal : 129) | 1. Monitor suhu 2. Monitor respon pasien terhadap terapi 3. Pilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis. Lampu hangat) jika pada ruangan RR terdapat alat kusus untuk mengatasi kedinginan pada pasien yang mengeluarkan udara hangat 4. Ajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri (SIKI, 1.14586) (Hal : 431) | 1. Untuk mengetahui suhu pasien sudah membaik atau bahkan makin memburuk. 2. Agar perawat mengetahui apakah sudah optimal atau tidak. 3. Untuk memberikan kehangatan pada tubuh pasien pasca operasi. 4. Agar pasien mampu mengetahui secara mandiri suhu tubuh yang dialaminya |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| 3. | Faktor resiko cedera d.d gangguan pengelihatn | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan resiko tidak muncul | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun (1-5) 2. Fraktur menurun (1-5) 3. Perdarahan menurun (1-5) 4. Luka/lecet menurun (1-5) <p>(SLKI, L. 14136) (Hal : 135)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. 2. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien sesuai kebutuhan 3. Pastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci 4. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien <p>(SIKI, 1.14537) (Hal : 275)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien tetap pada status aman dan tidak menimbulkan KTD. 2. Untuk memberikan penyembuhan lebih cepat. 3. Menumbuhkan rasa aman dan nyaman bagi pasien 4. Agar pasien mengetahui tentang cara pencegahan resiko jatuh maupun cedera. |
|----|--|---|--|--|--|

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.5 Implementasi Post Operasi

| No Dx | Hari/Tgl Jam | Implementasi | Paraf | Hari/Tgl Jam | No Dx | Evaluasi Formatif SOAP/Catatan Perkembangan | Paraf |
|-------|-------------------|---|----------|--------------------|-------|---|----------|
| 1. | Senin/ 03/9.30 | Observasi 1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus) skala nyeri (PQRST) P : Nyeri tekan Q : Seperti di tusuk tusuk. R : Pada daerah wajah sebelah kanan S : Intensitas nyeri skala 3 (1-10) T : Nyeri hilang timbul Nyeri hilang apabila pasien meminum obat analgetic | <i>R</i> | Senin/03/ 09.30 | 1. | S : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian wajah sebelah kanan saat setelah operasi. O : Didapatkan skala nyeri : Skala nyeri (PQRST) P : Nyeri tekan Q : Seperti di tusuk tusuk R : Pada daerah wajah sebelah kanan S : Intensitas nyeri 3 dari sebelumnya dilakukan operasi skala 6. T : Nyeri hilang timbul. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1,2,3) | <i>R</i> |
| | Senin/ 03/9.40 | 2. Mengidentifikasi riwayat alergi obat Hasil : tidak ada alergi obat apapun dan pasien diberikan obat (IV) berupa ketorolac dan ondanesentron, sedangkan pada (IM) pasien diberikan injeksi Fentanyl. | <i>R</i> | | | | |
| | Senin/ 03/9.50 | 3. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik. Hasil : Sesudah masuk analgesik fentanyl TD : 130/80 mmHg | <i>R</i> | | | | |

| No Dx | Hari/Tgl Jam | Implementasi | Paraf | Hari/Tgl Jam | No Dx | Evaluasi Formatif SOAP/Catatan Perkembangan | Paraf |
|-------|--------------------|---|----------|-------------------|-------|---|----------|
| 2. | Senin/ 03/9.30 | 1. Memonitor suhu pasien Hasil : Suhu tubuh pasien setelah diberikan mesin penghangat di ruang RR yakni meningkat dari sebelumnya 35,7°C menjadi 36,3°C | <i>R</i> | Senin/ 03/9.30 | 2. | <p>S : Pasien mengatakan kedinginan mulai berkurang</p> <p>O : Didapatkan pasien terlihat sudah lebih nyaman dengan hasil TTV :</p> <p>TD : 140/73 mmHg</p> <p>N : 96x/Menit</p> <p>RR : 20x/Menit</p> <p>SpO2 : 100%</p> <p>S : 36,3°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p> | <i>R</i> |
| | Senin/ 03/9.40 | 2. Memonitor respon pasien terhadap terapi Hasil : pasien merasa nyaman | <i>R</i> | | | | |
| | Senin/ 03/9.50 | 3. Memilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis. Lampu hangat) jika pada ruangan RR terdapat alat kusus untuk mengatasi kedinginan pada pasien yang mengeluarkan udara hangat Hasil : pasien merasa sudah tidak mengalami kedinginan seperti awal masuk ruangan RR. | <i>R</i> | | | | |
| | Senin/ 03/10.00 | 4. Mengajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri Hasil : pasien mampu memahami tentang suhu tubuh nya jika berada dibawah maupun diatas suhu normal. | <i>R</i> | | | | |

| No Dx | Hari/Tgl Jam | Implementasi | Paraf | Hari/Tgl Jam | No Dx | Evaluasi Formatif SOAP/Catatan Perkembangan | Paraf |
|-------|--------------------|--|----------|-------------------|-------|--|----------|
| 3. | Senin/ 03/9.30 | 1. Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. Hasil : lingkungan pasien aman tidak terdapat bekas spuit bekas injeksi maupun barang barang yang dapat menimbulkan KTD. | <i>R</i> | Senin/ 03/9.30 | 3. | S : Terlihat lingkungan pasien aman dan tidak terdapat barang barang yang dapat menimbulkan cedera O : pasien mengalami gangguan pengelihatan disertai edema pada daerah tulang orbital. TTV : TD : 140/73 mmHg N : 96x/Menit RR : 20x/Menit SpO2 : 100% S : 36,3°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan pada ruang rawat inap. | <i>R</i> |
| | Senin/ 03/9.40 | 2. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien sesuai kebutuhan. Hasil : pasien merasa nyaman ditandai dengan wajah yang tidak terlihat kebingungan. | <i>R</i> | | | | |
| | Senin/ 03/9.50 | 3. Memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci. Hasil : Bed pasien terkunci pada saat setelah dipindah kan dari ruang operasi ke ruangan RR. | <i>R</i> | | | | |
| | Senin/ 03/10.00 | 4. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien. Hasil : Pasien mampu memahami tentang cara pencegahan yang menimbulkan cedera maupun terjatuh. | <i>R</i> | | | | |

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dengan asuhan keperawatan pada pasien Nn. F dengan Diagnosa medis Fraktur Zygoma dan Nasal di Ruang RR, RSUD Haji Surabaya. Yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada anamnesis didapatkan adanya riwayat trauma tumpul pada midface. Mekanisme terjadinya cedera harus dipahami dengan benar karena dapat memperkirakan derajat beratringannya cedera. Anamnesis yang lengkap meliputi usia penderita, mekanisme, arah, kekuatan, lokasi, dan waktu terjadinya trauma. Perlu ditanyakan pula apakah fraktur nasal terjadi karena kecelakaan bermotor, perkelahian dengan atau tanpa senjata, atau karena terjatuh. Waktu terbaik untuk melakukan reposisi adalah segera setelah cedera atau 1-3 jam pertama setelah cedera. Hal ini disebabkan karena belum banyak timbul udim sehingga mudah dalam melakukan evaluasi dan manipulasi, komplikasi yang kooperatif dan datang saat awal cedera dapat segera dilakukan reposisi tertutup. Objek trauma yang berbeda menyebabkan pola patologis yang timbul berbeda pula. Misalnya pukulan akibat perkelahian umumnya dari arah lateral dengan energi rendah dapat menyebabkan fraktur depresi pada dinding ipsilateral, out fracture pada sisi kontralateral dan sering menyebabkan deformitas septum. Arah trauma dari frontal yang disebabkan karena kecelakaan bermotor umumnya melibatkan kekuatan energi tinggi, sehingga menyebabkan cedera yang lebih berat berupa fraktur komunitif dan deformitas septum. Menurut (Chandra, 2011).

Pada pengkajian post operasi kasus nyata didapatkan data pasien kedinginan pada akril kaki terasa dingin, dengan kesadaran compos mentis, pada bagian wajah terjadi akibat adanya retakan tulang zygoma menjalar pada tulang nasal

yang menimbulkan fraktur nasal, Hal ini yang menyebabkan adanya oedem pada daerah tulang zygoma maupun di tulang orbita (bagian mata) oedem sendiri terjadi karna adanya tekanan yang keras sehingga mengakibatkan kerusakan pada otot dan jaringan. Kerusakan otot dan jaringan akan menyebabkan perdarahan, edema, dan hematoma. Hal ini di perkuat oleh (Chandra, 2011) Hanya dibutuhkan sedikitnya kekuatan sebesar 25 pounds sudah dapat menyebabkan fraktur nasal. Trauma langsung dapat menyebabkan fraktur pada tulang, kartilago dan septum sehingga menyebabkan hilangnya struktur penyangga. Trauma kraniofasial dapat menyebabkan hidung depresi disebut saddle nose. Selain itu pasien mengalami perubahan suara lebih redup jika berbicara dikarenakan adanya fraktur pada bagian nasal yang menyebabkan deformitas septum nasal karna adanya pergeseran septum dan fraktur septum. Pada saat di ruang Operasi anastesi pasien langsung diberikan penanganan metode “General Anastesi” dengan tehnik “Intubasi” yang artinya pasien di bius total dengan awalan diberikan injeksi berupa obat-obatan sedatif yang terdapat Midazolam untuk penenang dan Propofol untuk memulai dan mempertahankan anastesi selama prosedur oprasi kombinasi ini yang sering dipakai oleh tim bedah anastesi untuk tahapan awal, dan masih banyak lagi obat injeksi yang setelah itu diberikan ada Analgetik maupun obat pelumpuh otot seperti Rocuronium, pasien juga diberikan Inhalasi pada saat pemberian obat-obatan injeksi, Inhalasi yang dipakai yakni O₂ dan Isofluran dengan memperhatikan patient monitor yang terdiri dari TD, SPO₂, Nadi, Irama Jantung, Pergerakan dada pasien. Pada saat dilakukan injeksi Midazolam dan Propofol TD akan menurun dan hal itu wajar karna obat tersebut memperlambat kerja otak dan sistem saraf. Pada saat pasien sudah merasa tenang dan rileks dokter anastesi mencoba mengecek dengan tehnik memegang lembut bulu mata jika pasien masih sadar bulu mata akan bergerak atau menunjukkan reaksi dan begitu pun sebaliknya jika obat Midazolam dan Propofol sudah bereaksi maka pada saat dokter anastesi mengecek dengan memegang lembut bulu mata akan tidak ada reaksi atau tidak bergerak sama sekali berarti pasien sudah dalam kondisi tidak sadar maka dari itu dibutuhkan bantuan inhalasi berupa O₂ untuk membantu pernafasan pasien agar tetap terjaga melalui Endotracheal tube

(ETT), jika prosedur awal sudah dilaksanakan tim anastesi dan dokter bedah langsung memfokuskan pada daerah yang terkena fraktur dengan melihat hasil CT-Scan pasien. Saat tindakan yang harus disiapkan pada bak instrumen steril adalah penlight, elevator tumpul (Boies elevator nasal fracture), forsep Asch, forsep Walsham, spekulum hidung pendek dan spekulum hidung panjang (Killian), pinset anatomis dan Sponges dressing nasal proses oprasi cukup cepat sekitar 30menit Nasal. Pada saat post op pasien berada di RR dengan kondisi sadar dan terpasang Sponges dressing nasal. Mekanisme cedera Nn. F berdasarkan tinjauan kasus pasien terbentur kayu yang terpentak dari truk dan mengenai wajah pasien, Nn. F sempat berdiri dan langsung pengelihatan mata sebelah kanan buram hanya terlihat seperti goresan. Pada saat di ruang Primedikasi pukul 08.00 pasien di tirah baring karena pasien dicurigai adanya fraktur Zygoma dan Nasal yang bisa mengakibatkan fraktur tipe 1.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Post Operasi Fraktur Zygoma dan Nasal yang diambil pada saat diruang RR adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Persepsi Sensori b/d Gangguan Pengelihatan (**D.0085**)
2. Nyeri Akut b/d Agen pencederaan fisik (mis. Edema cedera jaringan lunak) (**D.0012**)
3. Hipotermia b/d Terpapar suhu lingkungan rendah (**D.0131**)
4. Resiko Cedera faktor resiko perubahan fungsi motorik (**D.0136**)

4.3 Perencanaan

Perencanaan terdapat banyak kesamaan, karena sama-sama menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Intervensi pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus juga banyak kesamaan, karena tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Tetapi ada beberapa intervensi yang ada pada tinjauan pustaka tapi tidak ada pada tinjauan kasus, hal ini karena intervensi pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

Nyeri Akut. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit maka diharapkan nyeri pasien menurun dengan kenyamanan yang optimal.

Hipotermia. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit maka diharapkan menggigil pada pasien menurun diikuti tekanan dengan suhu tubuh normal dan kesadaran pasca operasi meningkat.

Resiko Cidera. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan resiko cidera tidak muncul, diikuti dengan pengawasan serta observasi ditingkatkan.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat di realisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan hanya dapat disusun dan direalisasikan pada kasus nyata, dan ada pendokumentasian tindakan keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karna disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dengan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana prasarana diruangan yang menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri Akut b.d agen pencederaan fisik (mis. Edema, cedera jaringan lunak), mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus) skala nyeri PQRST, P : Nyeri tekan, Q : Seperti di tusuk tusuk, R : Pada daerah wajah sebelah kanan, S : Intesitas nyeri skala 3, T : Hilang timbul, nyeri hilang apabila pasien meminum obat analgesik, mengidentifikasi riwayat alergi obat bahwa tidak ada alergi obat apapun Keterolac masuk iv dengan dosis 5 cc, Memonitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik.

Hipotermia b.d Terpapar suhu lingkungan rendah, dengan memonitor suhu tubuh 36,3°C dengan bantuan mesin penghangat dan akril teraba hangat suhu tubuh mulai meningkat. Melakukan penghangatan aktif eksternal dengan menggunakan mesin penghangat. Memberikan pemberian cairan seperti asering/Ns.

Resiko Cedera b.d perubahan fungsi motorik, dengan mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera, dengan hasil : lingkungan pasien aman tidak terdapat bekas spuit bekas injeksi maupun barang barang yang dapat menimbulkan KTD. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien merasa nyaman ditandai dengan wajah yang tidak terlihat kebingungan. Memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci, dengan hasil : Bed pasien terkunci pada saat setelah dipindah kan dari ruang operasi ke ruangan RR. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien, dengan hasil : Pasien mampu memahami tentang cara pencegahan yang menimbulkan cedera maupun terjatuh.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka, evaluasi belum dapat dilakukan karena evaluasi hanya dapat dilakukan pada tinjauan kasus. Hal ini karena pada tinjauan kasus sudah dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung.

Pada evaluasi diagnosis keperawatan, Nyeri Akut, selama 1 x 30 menit nyeri tidak bertambah dan masalah teratasi pada tanggal 03 Mei 2021, Hipotermia, suhu tubuh pasien meningkat dari sebelumnya 35,7 menjadi 36,3 dan sudah tidak menggunakan alat bantu penghangat. Setelah pengkajian 1 x 30 menit dan masalah teratasi pada tanggal 03 Mei 2021. Sedangkan pada Resiko Cidera setelah dilakukan pengkajian 1 x 30 menit resiko tidak muncul pasien memahami tentang cara pencegahan resiko cidera maupun resiko jatuh

Pada akhirnya evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dan tim kesehatan seperti perawat dan dokter penanggung jawab. Hasil evaluasi pada Nn. F, sudah sesuai dengan harapan dan masalah teratasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan Post Operasi pada pasien Nn. F dengan kasus Fraktur Zygoma dan Nasal di RSUD Haji Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien Fraktur Zygoma dan Nasal.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Fraktur Zygoma dan Nasal, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian post operasi didapatkan data fokus pasien mengeluh kedinginan dan nyeri pada wajah sebelah kanan, setelah melakukan tindakan operasi general anastesi pasien mendapat mendapat cairan Aseringe 21 tpm (1500/24jam), observasi ttv tekanan darah 130/67mmHg, nadi 103x/menit, suhu 35,7°C, pernapasan 20x/menit dan SpO2 100%. Dengan memakai alat bantu nafas O2 simple mask dengan 6 lpm, akril hangat, kering, terdapat edema pada sepertiga wajah tulang zygoma dan orbital, saat operasi dilakukan reposisi fraktur nasal dengan menggunakan alat-alat seperti forcep Walsham atau Asch dapat digunakan untuk reposisi fraktur nasal atau dislokasi septum. Dan diberi Sponges dressing nasal, kelemahan dari penggunaan instrumen ini yaitu dapat merusak mukosa hidung diantara gigi forceps sehingga dapat menimbulkan hematoma, didapatkan data skala nyeri (PQRST), P : Nyeri tekan, Q : Seperti di tusuk-tusuk, R : Pada daerah wajah sebelah kanan, S : Intesistas nyeri skala 3 dari (1-10), T : Nyeri hilang timbul. pada saat di ruang RR pasien juga diberikan obat injeksi berupa Keterolac, Ondansentron, dan Fentanyl.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada saat post op adalah Nyeri Akut, Hipotermia dan Resiko Cedera.
3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan diagnosa medis Nyeri Akut, Hipotermia, Resiko Cedera diharapkan kondisi pasien tidak memburuk dan

masalah teratasi dengan kriteria hasil: tidak ada penurunan kesadaran, TTV pasien dalam batas normal (TD:120/80 mmHg, N: 60 - 100x/mnt, RR: 12 - 24x/mnt, S:36,5 - 37,5°C), tidak ada nyeri pada daerah cedera, Resiko Cedera, setelah di lakukan Tindakan selama 1 x 30 menit resiko cedera tidak muncul pada pasien dan diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi pasca oprasi (panas, kemerahan, bengkak, pus).

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien fraktur zygoma dan nasal memberikan pasien posisi yang nyaman, menganjurkan pasien untuk menjaga area cedera agar tidak terkena tekanan. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien secara aktif dalam melaksanakan asuhan keperawatan karena tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien maupun keluarga.

5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Nn. F sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi pasien kembali ke ruang rawat inap.

5.2 Saran

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat berkerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien fraktur zygoma dan nasal.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.

5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komperhensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aktop, S., Gonul, O., Satilmis, T., Garip, H., Goker, K. (2013). *Management of Midfacial Fractures. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery.*
- Baek, H. . dkk. (2013). *Identification of Nasal Bone Fractures on Conventional Radiography and Facial CT: Comparison of the Diagnostic Accuracy in Different Imaging Modalities and Analysis of Interobserver Reliability. Iran Journal of Radiology*
- Bernado, P., Prihartiningsih, & Rahajoe, P. S. (2013). Parestesi pada fraktur kompleks zigomatikomaksilaris. *Dentofasial*, 12(3), 189–194.
- Black, J dan Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialih bahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.*
- Chandra, A. (2011). Penatalaksanaan Fraktur Nasal. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1689–1699.
- Desember, P. J., Kairupan, C., Monoarfa, A., & Ngantung, J. (2014). *ANGKA KEJADIAN PENDERITA FRAKTUR TULANG FASIAL DI SMF BEDAH BLU RSUD PROF . R . D . KANDOU*
- Kellman, R.M., Tatum, S. A. (2006). *Complex Facial Trauma with Plating. Head & Neck Surgery-Otolaryngology 4th Edition.*
- Kemenkes. (2012). *Ruang Operasi Rumah Sakit.*
- Meslemani, D., dan R.M., K. (2012). *Zygomaticomaxillary Complex Fractures. Archives of Facial Plastic Surgery 14: 62-66.*
- Nguyen, M., J.C. Koshy, dan L. H. H. (2010). *Pearls of Nasoorbitoethmoid Trauma Management. Seminar in Plastic Surgery 24: 383-388.*

Kellman, R.M., Tatum, S. A. (2006). *Complex Facial Trauma with Plating. Head & Neck Surgery-Otolaryngology 4th Edition.*

Ondik MP, Lipinski I., D. S. dkk. (2009). *The treatment of nasal fractures:a changing paradigm. Arch Facial Plast Surg 11:296-302.*

Nguyen, M., J.C. Koshy, dan L. H. H. (2010). *Pearls of Nasoorbitoethmoid Trauma Management. Seminar in Plastic Surgery 24: 383-388.*

Tollefson, T.T. 2013. Nasoorbitoethmoid Fractures.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan.*

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.*

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.*

Sugawara, E., & Nikaido, H. (2014). Properti systems of Acinetobacter baumannii compared with those of the system of Escherichia coli. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy.*

Stretching-exercise, S. P. W., Hospital, M., & In, M. (2015). *Perbedaan keluhan muskuloskeletal sebelum dan sesudah pemberian. 2015.*

LAMPIRAN 1

STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) MEMBIMBING RELAKSASI DAN DISTRAKSI

1. PENGERTIAN

Memberikan rasa nyaman kepada pasien yang mengalami nyeri dengan membimbing pasien untuk melakukan teknik relaksasi distraksi

2. TUJUAN

- a. Menghilangkan atau mengurangi nyeri
- b. Menurunkan ketegangan otot
- c. Menimbulkan perasaan aman dan damai

3. PROSEDUR

- a. Indikasi
 1. Pasien dengan nyeri akut dan kronis
 2. Pasien ansietas
- b. Pelaksanaan
 1. Tahap pra interaksi
 - a. Melihat data nyeri yang lalu
 - b. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan
 - c. Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter
 2. Tahap orientasi
 - a. Menyapa dan menyebut nama pasien

- b. Menanyakan cara yang biasa digunakan agar rileks dan tempat yang paling disukai
 - c. Menjelaskan tujuan dan prosedur
 - d. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien
3. Tahap interaksi
- a. Mengatur posisi yang nyaman menurut pasien sesuai kondisi pasien (duduk / berbaring)
 - b. Mengatur lingkungan yang tenang dan nyaman
 - c. Meminta pasien memejamkan mata
 - d. Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pasien pada kedua kakinya untuk dirilekskan, kendorkan seluruh otot-otot kakinya, perintahkan pasien untuk merasakan relaksasi kedua kaki pasien
 - e. Meminta pasien untuk memindahkan pikirannya pada kedua tangan pasien, kendorkan otot-otot kedua tangannya, meminta pasien untuk merasakan relaksasi keduanya
 - f. Meindahkan focus pikiran pasien pada bagian tubuhnya, memerintahkan pasien untuk merileksasikan otot-otot tubuh pasien mulai dari otot pinggang sampai ke otot bahu, meminta pasien untuk merasakan relaksasi otot-otot tubuh pasien.
 - g. Meminta pasien untuk senyum agar otot-otot muka menjadi rileks
 - h. Meminta pasien untuk memfokuskan pikiran pada masuknya udara lewat jalan nafas
 - i. Membawa alam pikiran pasien menuju ketempat yang menyenangkan pasien.

4. Tahap terminasi
 - a. Mengevaluasi hasil relaksasi (skala nyeri, ekspresi)
 - b. Menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi ini bila pasien merasakan nyeri
 - c. Berpamitan pada pasien
 - d. Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien dalam catatan keperawatan

LAMPIRAN 2

STANDART PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT

PEMBERIAN OBAT SUNTIKAN INTRAVENA (BOLUS)

1. Pengetian

Memasukkan obat tertentu ke dalam jaringan tubuh dengan menyuntikkan (injeksi) melalui pembuluh darah vena, yang dilakukan pada vena anggota gerak tubuh.

2. Tujuan

- a. Mempercepat reaksi obat dalam tubuh, untuk mempercepat proses penyembuhan.
- b. Melaksanakan tindakan diagnostic, misalnya penyuntikan zat kontras dan lain-lain.

3. Indikasi

- a. Pasien yang memerlukan obat dengan reaksi cepat.
- b. Pasien yang tidak dapat diberi obat melalui mulut.
- c. Pasien dengan penyakit tertentu yang harus mendapat pengobatan dengan cara suntik, misalnya strobotomicin.

4. Persiapan Alat

- a. Catatan pemberian obat.
- b. Obat dalam tempatnya.
- c. S spuit dan jarum sesuai ukuran.
- d. K kapas alcohol dalam tempatnya.
- e. Cairan pelarut.

- f. Bak injeksi.
- g. Bengkok.
- h. Perlak.

5. Prosedur Kerja

- a. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada pasien.
- b. Cuci tangan dan pakai handscoon.
- c. Dekatkan alat-alat kesamping pasien.
- d. Ambil obat dan masukkan ke dalam spuit sesuai dosis, kemudian masukkan dalam bak injeksi.
- e. Matikan aliran infuse.
- f. Desinfeksi area penyuntikan dengan kasa alcohol.
- g. Lakukan penyuntikan, masukkan obat perlahan sampai habis.
- h. Setelah melakukan penyuntikan, tarik spuit dan masukkan spuit ke dalam bengkok.
- i. Cuci tangan, catat prosedur pemberian obat dan respon pasien.

6. Bahaya-bahaya Pemberian Suntikan

- a. Klien alergi terhadap obat (misalnya menggigil, urtikaria, syok, kolaps, dan lain-lain)
- b. Pada bekas suntikan dapat terjadi abses, narkose, atau hematoma.
- c. Dapat menimbulkan kelumpuhan.

7. Perhatian

- a. Obat-obatan diberikan harus sesuai program pengobatan.

- b. Sebelum menyiapkan obat, bacalah petunjuk pengobatan yang ada dalam catatan medic atau status pasien seperti nama obat, dosis, waktu, dan pemberian.
- c. Bacalah label atau etiket dari tiap-tiap obat. Obat-obatan yang kurang jelas label nya tidak boleh diberikan pada pasien.
- d. Perhatikan teknik aseptik.
- e. Bila pasien mengidap penyakit menular, harus dilakukan secara hati-hati dan ,memperhatikan sterilisasi.
- f. Perhatikan reaksi pasien pada saat dan sesudah pemberian suntikan.
- g. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan obat, segera laporkan pada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
- h. Pemberian obat harus dicatat dadalam buku catatan.
 - 1) Nama pasien dan nama perawat yang memberikan obat.
 - 2) Nama dokter yang memberikan obat.
 - 3) Jenis pemberian.
 - 4) Lokasi pemberian.
 - 5) Jenis dan nama obat.
 - 6) Waktu pemberian.
- i. Dalam pemberian obat harus tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, dan tepat cara pemberian, serta memperhatikan reaksi pasien.