**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. K DENGAN DIAGNOSIS MEDIS POST OPERASI FRAKTUR MANUS DIGITI II DEXTRA DI RUANG G1 RUMAH SAKIT PUSAT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**MIFTACHUL HUDA MUKLISINA**

**NIM. 192.1012**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN TN. K DENGAN DIAGNOSIS MEDIS POST OP FRAKTUR MANUS DIGITI II DEXTRA DI RUANG G1 RUMAH SAKIT PUSAT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**

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

****

**Oleh :**

**MIFTACHUL HUDA MUKLISINA**

**NIM. 192.1012**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

# SURAT PERNYATAAN

 Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di kampus Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Jika ditemukan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, - - 2022

 Penulis

Miftachul Huda Muklisina

192.1012

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : **Miftachul Huda Muklisina**

NIM : 192.1012

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Diagnose Medis Post Operasi Fraktur Manus Digiti II Dektra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laur Dr.Ramelan Surabaya**

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

**Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)**

Surabaya, 2022

Pembimbing

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 2022

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

 Nama : Miftachul Huda Muklisina

 NIM : 192.1012

 Program Studi : D III Keperawatan

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Digiti** **Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal :

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 : Dini Mei, S.Kep., Ns., M.Kep .................................

 NIP.03.011

Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep .. ...............................

 NIP.03001

Penguji III : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep ............ ......................

 NIP. 03.008

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

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

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 2022

# KATA PENGANTAR

 Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah – Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulios ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

 Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesinnya penulisan. Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti untuk menyampaikan rasa hormat, dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, SP.THT-KL., Sp.KL selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya
2. Laksaman Pertama TNI (Purn) Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada penelioti untuk menjadi mahasiswa D-III Keperawatan
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti program studi D-III Keperawatan.
4. 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.
5. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns. Selaku PJMK Praktik Klinik KMB II yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen Pembimbing dan dosen penguji III, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan serta arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Ttt
8. Kkk
9. Ibu Ami
10. Tn. K yang sangat kooperatif, saling bertukar pikiran dan mau mendengarkan saran – saran dari kami. Serta turut bersedia dalam membina hubungan baik antara pasien, keluarga dan perawat sehingga kami dapat memberikan asuhann keperawatan serta maksimal, professional dan komprehensif.
11. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama proses perkuliahan.
12. Seluruh staf secretariat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan dukungan serta semangat kepada penulis.
13. Kepada kedua orang tua, bapakku Moh. Yusuf dan ibu ku Sugiati yang telah memberikan doa, motivasi, dukungan terhebatnya secara psikologis, fisik, finansial, moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
14. Istriku, Rofika Desiana yang selalu memberikan dukungan serta tukar pikiran dan masukan dalam menyelesaikan perkuliahan
15. Anak - anaku, Raisa Mutia Azzahra dan Hafizhan Rafa Khoiriy, yang selalu bisa menghibur dan menghilangkan kepenatan dan kecapekan
16. Kaka ku Nurul Cholifah dan adik ku Zaeni Mafilatul yang selalu memberikan dukungan, sumbang pikiran serta menyemangati

 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, - - 2022

Penulis

 Miftachul Huda Muklisina

192.1012

# DAFTAR ISI

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc76307021)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc76307022)

[HALAMAN PENGESAHAN v](#_Toc76307023)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc76307024)

[DAFTAR ISI ix](#_Toc76307025)

[DAFTAR TABEL xii](#_Toc76307026)

[DAFTAR GAMBAR xiii](#_Toc76307027)

[DAFTAR LAMPIRAN xiv](#_Toc76307028)

[DAFTAR SINGKATAN xv](#_Toc76307029)

[BAB 1 17](#_Toc76307030)

[PENDAHULUAN 17](#_Toc76307031)

[1.1 Latar Belakang 17](#_Toc76307032)

[1.2 Rumusan Masalah 19](#_Toc76307033)

[1.3 Tujuan Penelitian 19](#_Toc76307034)

[1.3.1 Tujuan Umum 19](#_Toc76307035)

[1.3.2 Tujuan Khusus 1](#_Toc76307036)

[1.4 Manfaat 1](#_Toc76307037)

[1.5 Metode Penulisan 3](#_Toc76307038)

[1.5.1. Metode 3](#_Toc76307039)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 3](#_Toc76307040)

[1.5.3 Sumber Data 3](#_Toc76307041)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 4](#_Toc76307042)

[1.6 Sistematika Penulisan 4](#_Toc76307043)

[BAB 2 6](#_Toc76307044)

[TINJAUAN PUSTAKA 6](#_Toc76307045)

[2.1 Konsep Penyakit Pneumonia 6](#_Toc76307046)

[2.1.1 Pengertian Pneumonia 6](#_Toc76307047)

[2.1.2 Etiologi 7](#_Toc76307048)

[2.1.3 Klasifikasi 18](#_Toc76307049)

[2.1.4 Manifestasi Klinik **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307050)

[2.1.5 Patofisiologi **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307051)

[2.1.6 Komplikasi **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307052)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307053)

[2.1.8 Pencegahan **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307054)

[2.1.9 Penatalaksanaan **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307055)

[2.1.10 Discharger planning **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307056)

[2.2 Asuhan Keperawatan 21](#_Toc76307057)

[2.2.1 Pengkajian 21](#_Toc76307058)

[2.2.2 Diagnosis Keperawatan 30](#_Toc76307059)

[2.2.3 Penatalaksanaan 41](#_Toc76307060)

[2.2.4 Evaluasi 43](#_Toc76307061)

[2.2.5 Kerangka Masalah 47](#_Toc76307062)

[BAB 3 **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307063)

[TINJAUAN KASUS 49](#_Toc76307064)

[3.1 Pengkajian 49](#_Toc76307065)

[3.1.1 Identitas 49](#_Toc76307066)

[3.1.2 Keluhan utama 49](#_Toc76307067)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 50](#_Toc76307068)

[3.1.4 Riwayat Penyakit Terdahulu. 50](#_Toc76307069)

[3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga. 51](#_Toc76307070)

[3.1.6 Genogram **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307071)

[3.1.7 Riwayat Alergi **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307072)

[3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik. 52](#_Toc76307073)

[3.1.9 B1 Pernapasan (Breath) 52](#_Toc76307074)

[3.1.10 B2 Kardiovaskuler (Blood) 52](#_Toc76307075)

[3.1.11 B3 Persarafan (Brain) 53](#_Toc76307076)

[3.1.12 B4 Perkemihan (Blader) 56](#_Toc76307077)

[3.1.13 B5 Pencernaan (Bowel) 56](#_Toc76307078)

[3.1.14 B6 Muskuluskeletal & Intergumen (Bone) 57](#_Toc76307079)

[3.1.15 Endokrin 58](#_Toc76307080)

[3.1.16 Seksual Reproduksi. 58](#_Toc76307081)

[3.1.17 Kemampuan Perawataan Diri 58](#_Toc76307082)

[3.1.18 Personal Hygiene 59](#_Toc76307083)

[3.1.19 Istirahat-Tidur 59](#_Toc76307084)

[3.1.20 Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio- -Spiritual 60](#_Toc76307085)

[3.1.21 Pemeriksaan Penunjang 61](#_Toc76307086)

[3.2. Analisa Data (Diagnosis Keperawatan) **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307087)

[3.3. Prioritas Masalah 68](#_Toc76307088)

[3.4 Intervensi Keperawatan (Rencana Keperawatan) 69](#_Toc76307089)

[3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan 75](#_Toc76307090)

[3.6 Evaluasi Sumatif **Error! Bookmark not defined.**](#_Toc76307091)

[BAB 4 87](#_Toc76307092)

[PEMBAHASAN 87](#_Toc76307093)

[4.1 Pengkajian 88](#_Toc76307094)

[4.2 Diagnosis Keperawatan 89](#_Toc76307095)

[4.3 Perencanaan 92](#_Toc76307096)

[4.4 Pelaksanaan 94](#_Toc76307097)

[4.5 Evaluasi 97](#_Toc76307098)

[BAB 5 99](#_Toc76307099)

[PENUTUP 99](#_Toc76307100)

[5.1 Simpulan 99](#_Toc76307101)

[5.2 Saran 101](#_Toc76307102)

[5.2.1 Bagi pasien 101](#_Toc76307103)

[5.2.2 Bagi perawat 101](#_Toc76307104)

[5.2.3 Bagi Rumah Sakit 102](#_Toc76307105)

[5.2.4 Bagi Masyarakat. 103](#_Toc76307106)

[52.5 Bagi penulis 103](#_Toc76307107)

[DAFTAR PUSTAKA 104](#_Toc76307108)

[Lampiran 106](#_Toc76307109)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 3. 1 Kemampuan Perawatan Diri 59](#_Toc74206812)

[Tabel 3. 2 Laboratorium Hematologi 61](#_Toc74206813)

[Tabel 3. 3 Hasil faal D-Dimmer Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206814)

[Tabel 3. 4 Hasil Laboratorium SARS Covid - 19 Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206815)

[Tabel 3. 5 Hasil Laboratorium Kimia Klinik 62](#_Toc74206816)

[Tabel 3. 6 Laboratorium mikrobiologi ITC TB Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206817)

[Tabel 3. 7 Laboratorium Mikrobiologi Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206818)

[Tabel 3. 8 Daftar Obat 64](#_Toc74206819)

[Tabel 3. 9 Analisa Data 67](#_Toc74206820)

[Tabel 3. 10 Prioritas Maslah 68](#_Toc74206821)

[Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan 74](#_Toc74206822)

[Tabel 3. 12 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 85](#_Toc74206823)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 3. 1 Kerangka konsep Error! Bookmark not defined.](file:///F%3A%5CSekolah%20Sukses%20Om%20Svaha%5CSUKSES%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%5Cmalem%209%20%20juni%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%20SUKSES%20MEISA%202.docx#_Toc74206915)

[Gambar 3. 2 Photo Thorax Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206916)

# DAFTAR LAMPIRAN

[Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur IC 108](#_Toc74206852)

[Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur Batuk Efektif Error! Bookmark not defined.](#_Toc74206853)

# DAFTAR SINGKATAN

ADL : Activity daily living

AKG : Angka Kecukupan Gizi

BB : Berat badan

C : Celcius

CM : Compos Mentis

CRP : CreactinProtein

CRT : Capilary Refill time

D3 : Diploma III

DEPKES : Departemen Kesehatan

DKK : Dan Kawan Kawan

DM : Diabetes melitus

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

Fe : *Ferum*

GCS : Glasgow Coma scale

GDA : Gula Darah Acak

GDS : Gula Darah Sewaktu

HB : Hemoglobin

HGB : Hemoglobin

IMT : Indeks Masa Tubuh

IV : Intravena

Ka : Kalium

KEMENKES : Kementrian Kesehatan

Kg : Kilogram

KKal : Kilokalori Kecil

KMB : Keperawatan Medikal Bedah

KRS : Keluar Rumah Sakit

m : Meter

Mg : miligram

Mg : Miligram

MRS : Masuk Rumah Sakit

N : Nadi

Na : Natrium

PCT : Procalcitonin

PDW : Platelet Distribution Widht

PLT : Plateletcount

RI : Republik Indonesia

ROM : Range of motion

ROS : Review of system

RR : Respiratory rate

S : Suhu

SDKI : Standar diagnosis Keperawatan Indonesia

SDM : Sumber Daya Manusia

SGOT : Serum Glutamic Ocaloaseptik

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran keperawatan Indonesia

SMRS : Sebelum masuk rumah sakit

STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

TB : Tinggi Badan

TBC : *Tuberculosis*

TD : Tekanan darah

Tn : Tuan

TNI : Tentara Nasional Indonesia

TTV : Tanda – tanda VItal

WBC : White Blood Cel

WHO : *World Health Organization*

# BAB 1

#  PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

 Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit jantung coroner dan tuberkulosis. Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik kecelakaan, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa dkk, 2017). Fraktur menjadi ancaman potensial maupun actual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, yang biasanya disertai dengan luka sekitar jaringan lunak, kerusakan otot, rupture tendon, kerusakan pembuluh darah, dan luka organ-organ tubuh dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadinya fraktur jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang besar dari yang dapat diabsorbsinya (Smeltzer & Bare, 2010). Salah satu fraktur yang paling sering terjadi adalah fraktur manus. Fraktur ini sering dialami oleh laki-laki saat melakukan kegiatan bekerja, tetapi masih ada banyak penyebab lain terjadinya fraktur manus, seperti jatuh, kecelakaan lalu lintas, aktivitas yang berat dan trauma (Agustin, 2017). Salah satu cara untuk mengembalikan fragmen tulang yang terputus adalah dengan cara rekognisi melalui pembedahan. Tindakan operasi tersebut menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh sehingga menimbulkan masalah.Masalah yang sering muncul setelah operasi adalah gangguan mobilitas fisik (Bare, 2013).

 Badan kesehatan dunia *World Health of Organization* (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa insiden fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur semakin meningkat menjadi fraktur kurang lebih 15 juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono dkk, 2018). Jumlah kasus penyakit di wilayah Asia khususnya pada daerah Philipina berada pada peringkat ke-4 dengan jumlah kasus sebanyak 53,101 kasus (10,0%) di tahun 2013. Sedangkan pada Negara Asia lainnya yaitu di negara Malaysia memiliki angka kematian akibat fraktur yang berada pada peringkat ke-2 dengan jumlah kasus 9,250 kasus (12,0%) pada tahun 2014 (Malaysia, 2016). Di Indonesia kejadian fraktur tinggi di Provinsi Papua sekitar 8,3% atau 84.774 jiwa. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2019 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa fraktur sebagai penyebab terbanyak keempat dari cidera di Indonesia. Insiden fraktur di Jawa Timur menurut Riskesdas tahun 2020 mencapai prevalensi 7,5 %. Berdasarkan data hasil studi di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya bahwa tahun 2019 kasus fraktur sebanyak 389 kasus dan di tahun 2020 kasus fraktur sebanyak 356 kasus. Di RSPAL Dr Ramelan Surabaya untuk empat bulan terakhir yaitu pada bulan September 2021 sampai Desember 2021 kasus fraktur sebanyak 139 kasus.

 Pasien yang mengalami fraktur umumnya akan mengeluh nyeri pada bagian tubuh yang mengalami patah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien adalah nyeri tajam pada daerah patah tulang yang dapat menyebar ataupun tidak ke daerah sekitar cedera. Nyeri operasi fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living.* Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patahan tulang yang melukai jaringan sehat (Kusumayanti, 2015). Pasien yang menderita fraktur diagnosis yang sering muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

 Melihat jumlah persentase pasien dengan fraktur cukup banyak, maka perlunya penanganan yang tepat dan komprehensif agar dapat memberikan pelayanan yang tepat terhadap pasien. Tidak hanya dengan obat - obatan, namun perlu juga asuhan keperawatan yang baik dan benar, serta pengaturan diet yang tepat agar dapat mempercepat terjadinya proses penyembuhan. Sedangkan peran sekunder dari perawat adalah seperti memberikan motivasi dan kepercayaan diri terhadap beban mental yang dialami pasien terhadap tubuhnya yang cidera. Kesembuhan pasien fraktur dapat diukur dengan berkurangnya nyeri, kemampuan berakativitas, dan mobilisasi mandiri. Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan Tn.K dengan Open Fraktur Manus Digiti II Dextra di Ruang GI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.2 Rumusan Masalah

 Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada diagnosis fraktur dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan pada Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya?”.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

 Mahasiswa mampu menggidentifikasi asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun perencanaan tindakan pada Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi pada Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi profesi keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien .

Tn. K Dengan Diagnosis Medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1.5.1. Metode

 Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

 Data diambil dan di peroleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

 Data yang diambil dan diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

 Meliputi pemeriksaan fisik, dan laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

### 1.5.3 Sumber Data

* 1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

* 1. Data Sekunder

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

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

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

## 1.6 Sistematika Penulisan

 Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memperlajari dan memahamikarya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

* 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
	2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Post Op Fraktur Manus Digiti II Dextra Di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

* 1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

 Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Fraktur. Konsep penyakit yang akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit pneumonia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi.

## 2.1 Konsep Penyakit Fraktur

### 2.1.1 Pengertian fraktur

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

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

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

### 2.1.2 Anatomi Fisiologi

**2.1.2.1 Anatomi**

Menurut (Moore, 2010), Fascia telapak tangan adalah sinambung dengan fascia punggung tangan ke arah proksimal sinambung dengan fascia lengan bawah. Pada tonjolan – tonjolan thenar dan hypothenar fascia palmaris ini bersifat tipis, tetapi bagian tengahnya bersifat tebal dengan dibentuknya aponeurosis. palmaris yang berwujud sebagai lempeng jaringan ikat berserabut, dan pada jari – jari tangan dengan membentuk vagina fibrosa digitimanus. Aponeurosis palmaris, bagian fascia tangan dalam yang kuat dan berbatas jelas, menutupi jaringan lunak dan tendo otot – otot fleksor panjang. Bagian proksimal aponeurosis palmaris bersinambungan dengan retinaculum flexorum dan tendo musculus palmaris longus. Bagian distal aponeurosis palmaris membentuk empat pita digital yang memanjang dan melekat pada basis phalangis proximalis dan membaur dengan vagina fibrosa digiti manus. 10 Sebuah sekat jaringan ikat medial yang menyusup ke dalam tepi medial aponeurosis palmaris untuk mencapai os metacarpal V medial terhadap sekat ini terdapat kompartemen hypothenar yang berisi otot-otot hypothenar. Sesuai dengan ini, sebuah sekat jaringan ikat lateral meluas ke dalam dari tepi lateral aponeurosis palmaris untuk melekat pada os metacarpal I. Sebelah lateral sekat tersebut terdapat kompartemen thenar yang berisi oto-otot thenar. Antara kompartemen hypothenar dan kompartemen thenar terdapat kompartemen tengah yang berisi otot-otot fleksor serta sarung uratnya, musculi lumbrucales, pembuluh darah dan saraf digital. Bidang otot terdalam pada telapak tangan dibentuk oleh kompartemen aduktor yang berisi musculus adductor pollicis.



Gambar 1. Anatomi Pergelangan Tangan (Moore, 2010)

**2.1.2.2 Fisiologi**

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

Osteoblas merupakan salah satu jenis sel hasil diferensiasi mesenkim yang sangat penting dalam proses osteogenesis atau osifikasi. Sebagai sel, osteoblas dapat memproduksi substansi organic intraseluler matriks, dimana klasifikasi terjadi di kemudian hari. Jaringan yang tidak mengandung kalsium disebut osteoid dan apabila klasifikasi terjadi pada matriks maka jaringan disebut tulang. Sesaat setelah osteoblas dikelilingi oleh substansi organic intraseluler, disebut osteosit dimana keadaaan ini terjadi dalam lakuna. Sel yang bersifat multinukleus, tidak ditutupi oleh permukaan tulang dengan sifat dan fungsi resopsi serta mengeluarkan tulang yang disebut osteoklas. Kalsium hanya dapat dikeluarkan oleh tulang melalui proses aktivitas osteoklasin yang menghilangkan matriks organic dan kalsium secara bersamaan dan disebut deosifikasi.

Struktur tulang berubah sangat lambat terutama setelah periode pertumbuhan tulang berakhir. Setelah fase ini tulang lebih banyak terjadi dalam bentuk perubahan mikroskopik akibat aktifitas fisiologi tulang sebagai suatu organ biokimia utama tulang.Komposisi tulang terdiri atas, substansi organic : 35%, substansi Inorganic : 45% dan air : 20%. Substansi organik terdiri atas sel-sel tulang serta substansi organic intraseluler atau matriks kolagen dan merupakan bagian terbesar dari matriks (90%), sedangkan adalah asam hialuronat dan kondroitin asam sulfur. Substansi inorganic terutama terdiri atas kalsium dan fosfor dan sisanya oleh magnesium, sodium, hidroksil, karbonat dan fluoride. Enzim tulang adalah alkali fosfatase yang diproduksi oleh osteoblas yang kemungkinan besar mempunyai peranan yang paling penting dalam produksi organic matriks sebelum terjadi kalsifikasi.

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

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

* + - 1. Menahan jaringan tubuh dan memberi bentuk kepada kerangka tubuh.
			2. Melindungi organ-organ tubuh (contoh:tengkorak melindungi otak).
			3. Untuk pergerakan (otot melekat kepada tulang untuk berkontraksi dan bergeraak)
			4. Merupakan gudang untuk menyimpan mineral (contoh kalsium dan posfor).
			5. Hematopoiesis (tempat pembuatan sel darah merah dalam sum-sum tulang).

Pertumbuhan dan metabolisme tulang dipengaruhi oleh mineral dan hormone:

1. Kalsium dan posfor tulang mengandung 99 % kalsium tubuh dan 90 % posfor. Konsentrasi kalsium dan posfor dipelihara hubungan terbalik, kalsitonin dan hormon paratiroid bekerja untuk memelihara keseimbangan.
2. Kalsitonin diproduksi oleh kelenjar tiroid dimana juga tirokalsitonin yang memiliki efek untuk mengurangi aktivitas osteoklast, untuk melihat peningkatan aktivitas osteoblast dan yang terlama adalah mencegah pembentukan osteoklast yang baru.
3. Vitamin D mempengaruhi deposisi dan absorbsi tulang. Dalam jumlah besar vitamin D dapat menyebabkan absorbsi tulang seperti yang terlihat dalam kadar hormon paratiroid yang tinggi. Bila tidak ada vitamin D, hormon paratiroid tidak akan menyebabkan absorbsi tulang sedang vitamin D dalam jumlah yang sedikit membantu klasifikasi tulang dengan meningkatkan absorbsi kalsium dan posfat oleh usus halus.
4. Paratiroid Hormon, mempunyai efek langsung pada mineral tulang yang menyebabkan kalsium dan posfat diabsorbsi dan bergerak melalui serum. Peningkatan kadar paratiroid hormon secara perlahan-lahan menyebabkan peningkatan jumlah dan aktivitas osteoklast sehingga terjadi demineralisasi. Peningkatan kadar kalsium serum pda hiperparatiroidisme dapat menimbulkan pembentukan batu ginjal.
5. Growth Hormon (hormon pertumbuhan), disekresi oleh lobus anterior kelenjar pituitary yang bertanggung jawab dalam peningkatan panjang tulang dan penentuan jumlah matriks tulang yang dibentuk pada masa sebelum pubertas.
6. Gluikokortikoid, adrenal glukokortikoid mengatur metabolisme protein. Hormon ini dapat meningkatkan atau menurunkan katabolisme untuk mengurangi atau meningkatkan matriks organ tulang dan membantu dalam regulasi absorbsi kalsium dan posfor dari usus kecil.
7. Estrogen menstimulasi aktifitas osteoblast. Penurunan estrogen setelah menopause mengurangi aktifitas osteoblast yang menyebabkan penurunan matriks organ tulang. Klasifikasi tulang berpengaruh pada osteoporosis yang terjadi pada wanita sebelum usia 65 tahun namun matriks organiklah yang merupakan penyebab dari osteoporosis.

### 2.1.3 Etiologi Fraktur

Menurut **(**Brunner dan Suddarth, 2008), yaitu :

1. Cedera traumatic

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

* + - * 1. Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang pata secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang.
				2. Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan.
				3. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.
1. Fraktur Patologik

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

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

# 2.1.4 Manifestasi Klinik Fraktur

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

1. Nyeri

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

1. Deformitas

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

1. Krepitasi

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

1. Pembengkakan dan perubahan warna

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

1. Fals Moment

Merupakan pergerakan/ bentuk yang salah dari tulang (bengkok).

# Patofisiologi Fraktur

Menurut (Elizabeth, 2010*)*, Ketika tulang patah, sel tulang mati. Perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak di sekitar tulang tersebut. jaringan lunak biasanya mengalami kerusakan akibat cedera. Reaksi inflamasi yang intens terjadi setelah patah tulang. Sel darah putih dan sel mast terakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke area tersebut. fagositosis dan pembersihan sel dan jaringan mati dimulai.

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

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

# 2.1.6 Klasifikasi Fraktur

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

* 1. Berdasarkan komplet atau ketidakklomplitan fraktur :
		1. Fraktur komplet : patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran.
		2. Fraktur inkomplet : patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.
	2. Berdasarkan sifat fraktur :
		1. Fraktur simple/tertutup : tidak menyebabkan robeknya kulit.
		2. Fraktur kompleks/terbuka : merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membrane mukosa sampai ke patahan tulang.
		3. Fraktur terbuka digradasi menjadi :
1. Grade I dengan luka bersih, panjangnya ≤ 1 cm.
2. Grade II luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak.
3. Grade III yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan yang paling berat.
	1. Berdasarkan bentuk garis patah :
		1. Fraktur Greenstick : fraktur salah satu sisi tulang patah sedang sisi lainnya membengkok.
		2. Fraktur Tranversal : fraktur sepanjang garis tengah tulang.
		3. Fraktur Oblik : fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang.
		4. Fraktur Spiral : fraktur memuntir seputar batang tulang.

# 2.1.7 Komplikasi Fraktur

Menurut *(*Elizabeth J. Corwin, 2009) komplikasi fraktur terbagi menjadi :

1. Komplikasi Awal
	1. Kerusakan Arteri

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

* 1. *Kompartement Syndrom*

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

* 1. *Fat Embolism Syndrom*

Merupakan keadaan pulmonari akut dan dapat menyebabkan kondisi fatal. Hal ini terjadi ketika gelembung – gelembung lemak terlepas dari sumsum tulang dan mengelilingi jaringan yang rusak. Gelombang lemak ini akan melewati sirkulasi dan dapat menyebabkan oklusi pada pembuluh – pembuluh darah pulmonary yang menyebabkan sukar bernafas. Gejala dari sindrom emboli lemak mencakup dyspnea, perubahan dalam status mental (gaduh, gelisah, marah, bingung, stupor), tachycardia, demam, ruam kulit ptechie.

* 1. Infeksi

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

* 1. *Avaskuler Nekrosis*

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

* 1. Shock

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

* 1. Osteomyelitis

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

1. Komplikasi Dalam Waktu Lama
	1. Delayed Union (Penyatuan tertunda)

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

* 1. Non union (tak menyatu)

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

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

* 1. Malunion

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

**2.1.8 Penatalaksanaan Fraktur**

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

1. Reduksi

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

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

* 1. Jika dilakukan reposisi namun tidak dapat dievaluasi
	2. Jika reposisi sangat tidak mungkin dilakukan
	3. Jika fraktur terjadi karena kekuatan traksi, misalnya displaced patellar fracture.
1. Imobilisasi.

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

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

1. Rehabilitasi

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

# Pemeriksaan Penunjang

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

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

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

 Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis fraktur dalam proses keperawatan meliputi identitas, data riwayat pasien, pemeriksaan fisik, data pengkajian keperawatan, dan pengkajian skrining lainnya. Dalam pengkajian terdapat dua data yaitu data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah data yang di ungkapkan oleh penderita atau pasien. Sedangkan data objektif adalah data yang di temukan dari pemeriksaan fisik maupun dari hasil pemeriksaan penunjang lainnya. (Harifiant, 2019)

 Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien atau keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi).

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) pengkajian yang harus dilakukan adalah:

1. Identitas pasien

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

1. Riwayat sakit dan kesehatan
	1. Keluhan utama: Biasanya klien dengan fraktur akan mengalami nyeri saat beraktivitas / mobilisasi pada daerah fraktur tersebut.
	2. Riwayat penyakit sekarang

Pada klien fraktur / patah tulang dapat disebabkan oleh trauma / kecelakaan, degeneratif dan pathologis yang didahului dengan perdarahan, kerusakan jaringan sekitar yang mengakibatkan nyeri, bengkak, kebiruan, pucat / perubahan warna kulit dan kesemutan.

* 1. Riwayat penyakit dahulu

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

* 1. Riwayat penyakit keluarga

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

* 1. Riwayat alergi

Dikaji apakah pasien memiliki riwayat adanya alergi terhadap obat, makanan, udara dan debu.

1. Demografi

Apakah di daerah tempat tinggal pasien terdapat sumber - sumber polusi, keamanan ketat, tidak membahayakan pasien saat bekerja maupun tidak.

1. Pola Pengkajian Gordon
	1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

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

* 1. Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

* 1. Pola Eliminasi

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

* 1. Pola Tidur dan Istirahat

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

* 1. Pola Aktivitas

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

* 1. Pola Hubungan dan Peran

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

* 1. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

* 1. Pola Sensori dan Kognitif

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

* 1. Pola Reproduksi Seksual

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

* 1. Pola Penanggulangan Stress

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

* 1. Pola Tata Nilai dan Keyakinan

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

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan umum: Tampak lemas, ada atau tidaknya nyeri
3. Kesadaran: Tergantung dari tingkat keparahan penyakit, bisa juga terjadi somnolen
4. Tanda-tanda vital:
	1. TD: biasanya normal
	2. Nadi: takikardi
	3. RR: takipneu, dispneu, napas dangkal
	4. Suhu: hipertermi
5. Kepala
6. Kulit kepala
7. Tujuan

Untuk mengetahui turgor kulit dan apakah ada lesi atau bekas luka

1. Inspeksi

Dilihat apakah ada oedema pada pasien

1. Palpasi

Raba dan tentukan apakah ada lesi, akral hangat atau dingin, turgor kulit elastis atau tidak.

1. Rambut
2. Tujuan

Mengetahui tekstur, warna, ada atau tidaknya rontok dan bersihan daerah kepala atau kotor

1. Inspeksi

Melihat pertumbuhan rambut merata atau tidak, tebal atau tipis

1. Palpasi

Mudah rontok atau tidak, kasar atau halus.

1. Kuku
2. Tujuan

 Mengetahui warna, keadaan kuku serta kapiler refill pada kuku.

1. Inspeksi

 Apakah adanya sianosis, kemerahan karena peningkatan vesibilitas Hb, dan mengkaji bentuk jari

1. Palpasi

 Apakah adanya nyeri tekan, kaji CRT normal < 2 detik

1. Wajah
2. Tujuan

 Mengetahui bentuk dan fungsi, adanya lesi atau kelainan pada wajah

1. Inspeksi

 Liahat simetris atau tidak, serta apakah ada kelumpuhan

1. Palpasi

 Raba apakah ada bekas luka, dan kaji respon nyeri pada daerah luka

1. Mata
2. Tujuan

 Mengetahui bentuk serta fungsional mata, baik penglihatan maupun otot mata, apakah ada kelainan atau tidak pada mata

1. Inspeksi

 Reflek berkedip baik atau tidak, warna konjungtiva dan sclera normal atau tidak, apakah ada ikterik atau anemis, keadaan pupil miosis atau midriasis

1. Palpasi

 Apakah ada nyeri tekan atau tidak

1. Telinga
2. Tujuan

 Mengetahui keadaan fungsi telinga, apakah ada gangguan pendengaran atau tidak

1. Inspeksi

 Simetris atau tidak, apakah telinga kotor atau bersih, bentuk daun telinga normal atau tidak

1. Palpasi

 Apakah ada nyeri tekan atau tidak

1. Mulut dan faring
2. Tujuan

 Untuk mengetahui kelainan dan bentuk mulut serta kebersihan mulut

1. Inspeksi

 Apakah adanya kelainan pada bibir, keadaan mukosa mulut apakah lembab atau kering, apakah simetris, warna dan pembengkakan apakah ada, kaji juga pada gigi, apakah ada gigi yang berlubang, bagaimana kebersihan gigi, apakah ada pembesaran tonsil

1. Palpasi

 Apakah ada nyeri tekan, oedem atau masa

1. Leher
2. Tujuan

 Untuk menentukan bentuk serta organ yang berada di sekitar leher

1. Inspeksi

 Apakah terjadi pembesaran kelenjar thyroid atau tidak

1. Palpasi

 Apakah teraba adanya pembesaran kelenjar limfe atau thyroid pada leher

1. Dada
2. Tujuan

 Untuk mengetahui simetris atau tidak, irama dan frekuensi napas, ada tidaknya nyeri tekan dan mendengarkan bunyi paru

1. Inspeksi

 Mengamati bentuk dada dan pergerakan dada, monitor adanya retraksi intercostal, monitor pergerakan paru, kaji letak ictus cordis

1. Palpasi

 Raba ada atau tidak nyeri tekan

1. Perkusi

 Yaitu menentukan batas normal suara ketukan paru, bunyi sonor pada seluruh lapang paru, jika ada efusi pleura maka didapati bunyi redup hingga pekak, jika disertai pneumothorak yang disertai bunyi hipersono

1. Auskultasi

 Untuk mengetahui ada tidaknya suara tambahan napas seperti suara ronchi atau wheezing

1. Abdomen
2. Tujuan

 Mengetahui adanya gerakan peristaltik usus dan ada tidaknya nyeri tekan

1. Inspeksi

 Amati bentuk abdomen atau perut, warna kulit, apakah ada asites pembesaran atau tidak

1. Palpasi

 Kaji ada tidaknya nyeri tekan

1. Auskultasi

 Mendengarkan bising usus

1. Muskuloskeletal
2. Tujuan

 Untuk mengetahui kekuatan otot

1. Inspeksi

 Apakah ada kelainan pada ekstrimitas atas atau bawah pasien, apakah ada kelemahan otot pada pasien dan fraktur pada pasien

1. Palpasi

 Apakah ada nyeri tekan pada ekstrimitas atas atau bawah pasien.

### 2.2.2 Diagnosis Keperawatan

### Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post operasi fraktur meliputi :

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cedera pada jaringan, alat traksi/immobilisasi, stress, ansietas.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispnea, kelemahan/keletihan, ketidak edekuatan oksigenasi, ansietas, dan gangguan pola tidur.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka / ulserasi, kelemahan, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrotik.
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri/ketidak nyamanan, kerusakan muskuloskletal, terapi pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan/tahanan.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan stasis cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan.
6. Kurang pengetahuan tantang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterb1atasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi.
	1. **Perencanaan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang akan dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian kelinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) Intervensi keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

Tabel 1. Intervensi Pada Pasien Post Operasi Fraktur

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik | Tujuan : nyeri dapat berkurang atau hilang. Kriteria Hasil :* Nyeri berkurang atau hilang
* Klien tampak tenang.
 | 1. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga
2. Kaji tingkat intensitas dan frekwensi nyeri
3. Jelaskan pada klien penyebab dari nyeri
4. Observasi tanda-tanda vital.
 | 1. Hubungan yang baik membuat klien dan keluarga kooperatif
2. Tingkat intensitas nyeri dan frekwensi menunjukkan skala nyeri
3. Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuanklien tentang nyeri.
4. Untuk mengetahui

perkembangan klien |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 5. Melakukankolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik | 5. Merupakan tindakan dependent perawat, dimana analgesik berfungsi untuk memblokstimulasi nyeri. |
| Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan Pasien memiliki cukup energi untuk beraktivitas.Kriteria hasil :* perilaku menampakan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan

diri. | 1. Rencanakan periode istirahat yang cukup.
2. Berikan latihan aktivitas secara bertahap.
3. Bantu pasien dalam
 | 1. Mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan, dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya secar optimal.
2. Tahapan-tahapan yang diberikan membantu proses aktivitas secara perlahan dengan menghemat tenaga namun tujuan yang tepat, mobilisasi dini.
3. Mengurangi pemakaian energi
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * pasien mengungkapkan mampu untuk melakukan beberapa aktivitas tanpa dibantu.
* Koordinasi otot, tulang dan anggota gerak lainya baik.
 | memenuhi kebutuhan sesuai kebutuhan..4. Setelah latihan dan aktivitas kaji respons pasien.. | sampai kekuatan pasien pulih kembali4. Menjaga kemungkinan adanya respons abnormal dari tubuh sebagai akibat dari latihan |
| Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan trauma | Setelah dilakukan asuhan keperawatan Mencapai penyembuhan luka pada waktu yang sesuai.Kriteria Hasil : | 1. Kaji kulit dan identifikasi pada tahap perkembangan luka.
2. Kaji lokasi, ukuran, warna,
 | 1. Mengetahui sejauh mana perkembangan luka mempermudah dalam melakukan tindakan yang tepat.
2. Mengidentifikasi tingkat
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * tidak ada tanda
* tanda infeksi seperti
 | bau, serta jumlah dan tipecairan luka. | keparahan luka akanmempermudah intervensi. |
| pus.* luka bersih tidak
 | 3. Pantau peningkatan suhutubuh. | 3. Suhu tubuh yang meningkatdapat diidentifikasikan sebagai |
| lembab dan tidak |  | adanya proses peradangan. |
| kotor.* Tanda-tanda vital
 | 4. Berikan perawatan lukadengan tehnik aseptik. | 4. Tehnik aseptik membantumempercepat penyembuhan luka |
| dalam batas normal | Balut luka dengan kasa | dan mencegah terjadinya infeksi. |
| atau dapat ditoleransi. | kering dan steril, gunakan |  |
|  | plester kertas. |  |
|  | 5. Jika pemulihan tidak terjadi | 5. Agar benda asing atau jaringan |
|  | kolaborasi tindakan | yang terinfeksi tidak menyebar |
|  | lanjutan, misalnya | luas pada area kulit normal |
|  | debridement. | lainnya. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Setelah debridement, ganti balutan sesuai kebutuhan.
2. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.
 | 1. Balutan dapat diganti satu atau dua kali sehari tergantung kondisi parah/ tidak nya luka, agar tidak terjadi infeksi.
2. Antibiotik berguna untuk mematikan mikroorganisme pathogen pada daerah yang

berisiko terjadi infeksi. |
| Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kelemahan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan : pasien akan menunjukkan tingkat mobilitas optimal.Kriteria hasil : | 1. Kaji kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan kebutuhan akan peralatan.
2. Tentukan tingkat motivasi pasien dalam melakukan

aktivitas. | 1. mengidentifikasi masalah, memudahkan intervensi.
2. mempengaruhi penilaian terhadap kemampuan aktivitas apakah karena ketidakmampuan

ataukah ketidakmauan. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * penampilan yang seimbang.
* melakukan pergerakkan dan perpindahan.
* mempertahankan mobilitas optimal yang dapat di

toleransi. | 1. Ajarkan dan pantau pasien dalam hal penggunaan alat bantu.
2. Ajarkan dan dukung pasien dalam latihan ROM aktif dan pasif.
3. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik atau okupasi.
 | 1. menilai batasan kemampuan aktivitas optimal.
2. mempertahankan /meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot.
3. sebagai suaatu sumber untuk mengembangkan perencanaan danmempertahankan/meningkatk an mobilitas pasien.
 |
| Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh primer, procedureinvasif | Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan : infeksi tidak terjadi / terkontrol.Kriteria hasil : | 1. Pantau tanda-tanda vital.
2. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik.
3. Lakukan perawatan

terhadap prosedur inpasif | 1. Mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat.
2. Mengendalikan penyebaran

mikroorganisme patogen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * tidak ada tanda-tanda infeksi seperti pus.
* luka bersih tidak lembab dan tidak kotor.
* Tanda-tanda vital dalam batas normal atau dapat ditoleransi.
 | seperti infus, kateter, drainase luka, dll.1. Jika ditemukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit.
2. Kolaborasi untuk pemberian antibiotik.
 | 1. Untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial.
2. Penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi.
3. Antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme

patogen. |
| Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpaparnyainformasi tentang penyakit | Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tujuan : pasien mengutarakan pemahaman tentangkondisi, efek prosedur | 1. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.
2. Berikan penjelasan pada

klien tentang penyakitnya | 1. Mengetahui seberapa jauh pengalaman dan pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.
2. Dengan mengetahui penyakit dan
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | dan proses pengobatan. Kriteria Hasil :* melakukan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan dari suatu tindakan.
* memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam regimen

perawatan. | dan kondisinya sekarang.1. Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanan nya..
2. Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang telah diberikan.
 | kondisinya sekarang, klien dan keluarganya akan merasa tenang dan mengurangi rasa cemas.1. Diet dan pola makan yang tepat membantu proses penyembuhan
2. Mengetahui seberapa jauh pemahaman klien dan keluarga serta menilai keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.
 |

### 2.2.3 Penatalaksanaan

### Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien. (Bickley, 2015).

### Implementasi merupakan pelaksanaan yang nyata dari rencana keperawatan. Implementasi di lakukan untuk mencapai tujuan dalam asuhan keperawatan pada pasien. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan.

* + 1. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilakukan

* + 1. Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu keiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunujk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan. Tindakan keperawatan merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti bedasarkan pendidikan dan pengalaman.

1. Lingkup tindakan independen keperawatan adalah :
2. Mengkaji terhadap pasien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik utnuk mengetahui status kesehatan pasien.
3. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon pasien yang memerlukan intervensi keperawatan.
4. Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan.
5. Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukan, mendukung dan mengajarkan kepada pasien dan keluarga.
6. Merujuk kepada tenaga yang lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tenag keperawatan.
7. Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis. Partisipasi dengan consumers atau tenaga kesehtan lain dalam meningkatkan pelayanan kesehatan
8. Tipe tindakan independen keperawatan dikategorikan menjadi 4 :
	* 1. Tindakan diagnostik

Tindakan ini ditujukan pada pengkajian dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut meliputi :

* 1. Wawancara dengan pasien untuk mendapatkan data subyektif, keluhan pasien, persepsi tentang penyakitnya, dan riwayat penyakit.
	2. Observasi dan pemeriksaan fisik : tindakan untuk mendapatkan data obyektif, meliputi : observasi kesadaran dan tanda-tanda vital(suhu, nadi, tekanan darah dan pernapasan). Pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan pendekatan sistem atau head to toe.
		1. Tindakan terapeutik

Tindakan ditujukan untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi masalah pasien.

* + 1. Tindakan edukatif/mengajarkan

Tindakan ini ditujukan untuk merubah perilakupasien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada pasien.

* + 1. Tindakan merujuk

Tindakan ini lebih ditekankan pada kemampuan perawat dalam mengambil suatu keputusan klinik tentang keadaan pasien dan kemampuan untuk melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain.

* + 1. Tindakan Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen adalah tindakan yang lebih memrlukan suatu kerjasama dengan tenag eksehatan lainnya, misalnya pada ahli gizi, fisioterapi, tenagn sosial dan dokter.

### 2.2.4 Evaluasi

### Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan suatu proses untuk menjelaskan secara sistematis untuk mencapai obyektif, efisien, dan efektif, serta untuk mengetahui dampak dari suatu. kegiatan dan juga membantu pengambilan keputusan untuk perbaikan satu atau beberapa aspek program perencanaan yang akan datang. (Wartonah & Tarwoto, 2015).

### Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, intervensi dan implementasinya. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan asuhan keperawatan, memodifikasi rencana keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan yang telah tercapai. Walaupun tahap evaluasi letaknya pada akhir proses keperawatan, tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.  Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang observasi. Dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut (Setiadi, 2012) Evaluasi keperawatan terbagi menjadi sebagai berikut yaitu:

### Evaluasi formatif (Evaluasi Proses)

### Evaluasi formatif yaitu aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan telah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitasnya intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus dilaksanakan terus menerus hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi pasien, dan menggunakan from evaluasi. Ditulis dalam catatan perawatan. Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

### Evaluasi sumatif (Evaluasi Hasil)

### Evaluasi sumatif yaitu rekapitulasi dan kesimpulan dari hasil observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Evaluasi ini ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan prilaku atau setatus kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan. Dalam evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

### Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapainya atau masalah teratasi: jika pasien menunjukan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian: jika pasien menunjukan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan, dan tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi: jika pasien tidak menunjukan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

### Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan direncenakan. Perumusan evaluasi sumatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

a. S (Subjektif)

Data subjektif adalah hasil dari keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia

b. O (objektif)

Data objektif adalah hasil dari observasi yang dilakukan oleh perawat.

c. A (analisis)

Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif yang diperoleh

d. P (perencanaan)

Perencanaan yaitu merencanakan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

### 2.2.5 Kerangka Masalah

 Trauma, Patologis,

 Degenerasi, Spontan

 Diskontinuitas Jaringan

 Fraktur Nyeri `Gangguan Pola

 (D.OO77) Tidur (

 Kerusakan Perdarahan Kehilangan Tindakan

 Integritas di periosteum cairan/perdarahan operasi ORIF

 Tulang

 Cedera Kerusakan Shock Luka terbuka

 Vaskuler jaringan Hipovolemik (pasang pen,plat,kawat)

 Di ujung

 Tulang

 Kerusakan dipasang infuse luka operasi

 Rangka hematoma dan terapi (terputusnya-kontuinitas

 Neuromuskuler dikanal medula tranfusi darah jaringan)

 peradangan Risiko infeksi kurang informasi

 kerusakan (dolor,kalor,rubor,

 mobilitas tumor) gangguan citra tubuh kurang pengetahuan

 fisik perubahan perfusi

 jaringan kerusakan integritas kulit

### *Pathway* Fraktur

Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015).

Gangguan citra tubuh

**BAB 3**

# TINJAUAN KASUS

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Medis Fraktur Manus Digiti II Dextra maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 Pukul 08.00 WIB Anamnesa diperoleh dari Pasien di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya dengan File Nomor Register 685XXX sebagai berikut:

## 3.1 Pengkajian

### 3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki - laki bernama “Tn. K” usia 25 tahun, beragama Islam, status belum menikah, pasien tinggal di Mojokerto, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir pasien SMA, pekerjaan pasien serabutan. Penanggung biaya pasien adalah dari BPJS Kesehatan. Pasien MRS Tanggal 16 Januari 2022 Pukul 12.30 WIB.

### 3.1.2 Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 5 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak.

### 3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

 Pada tanggal 16 Januari 2022 jam 11.00 wib pasien terkena mesin pada jari telunjuk sebelah kanan. Pasien langsung di bawa ke IGD RSPAL Dr. Ramelan SBY. Jam 12.30 WIB pasien dirawat luka, dilakukan swab antigen dan PCR dengan hasil negatif, lalu pasien di foto Manus Kanan AP/Lat dengan hasilFraktur phalank distal digiti II manus kanan dengan soft tissue swelling di sekitarnya dan foto thorax dengan hasil tak tampak kelainan. Pasien dipasang infus dengan cairan RL 14 tpm, di ambil sampel darah, dan di injeksi ranitidine 50 mg (IV), ketorolac 30 mg (IV), tetagam 250IU (IM), metoclopramide 10 mg (IV). Jam 15.00 WIB Pasien di konsulkan oleh dokter UGD ke dr. Spesialis Orthopedi dengan balasan pasien pro operasi cito jam 18.30 WIB. Jam 20.30 operasi selesai dan pasien di foto Manus Dextra AP/Obliq dengan hasil fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan, kemudian pasien di pindahkan ke ruang G1. di Ruang G1 pasien di lakukan vital sign suhu 36.9 ˚C nadi 83x/menit RR 21 x/menit SpO2 99% TD 110/80 mmHg dan di ambil sampel darah post operasi. Di ruang G1 pasien mendapat terapi infus RL 14 tpm , injeksi Cinam 4x1,5 mg (IV), injeksi ketorolac 3x30 mg (IV) dan Injeksi ranitidine 2x50 mg (IV). Pasien tampak menyeringai kesakitan saat bergerak, pasien tampak murung melihati jari telunjuknya.

### 3.1.4 Riwayat Penyakit Terdahulu.

Pasien tidak mempunyai riwayat sakit sebelumnya dan tidak pernah di rawat di Rumah Sakit.

### 3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.

Keluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti Diabetus Melitus dan Hipertersi.

### 3.1.6 Genogram

-

25

 Gambar 2. 1 Genogram

Keterangan:

Keterangan :

 : laki-laki

 : Perempuan

 : Pasien ( 25 Tahun)

 : tinggal dalam satu rumah

 : Garis keturunan

 : Garis perkawinan

### 3.1.7 Riwayat Alergi

 Pasien tidak memiliki alergi terhadap jenis obat – obatan tertentu, makanan atau minuman.

### 3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik.

 Saat pengkajian keadaan umum pasien baik, kesadaran Compos Mentis, Tanda-tanda Vital: Tekan darah 120/80 mmHg, Nadi: 84x/Menit, RR: 20x/Menit, Suhu: 36, 2°C, SpO2: 99 %. Antropometri: Tinggi Badan: 168 Cm, Berat Badan Sebelum masuk Rumah Sakit: 60 Kg Berat Badan saat masuk Rumah Sakit: 60 Kg. GCS: 456 (15), EWS: 0.

### 3.1.9 B1 Pernapasan (Breath)

 Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris. penggunaan otot bantu napas tambahan tidak ada, tidak ada retraksi dinding dada dan tidak ada penggunaan otot batu pernapasan, irama napas regular, pola napas normal. Pada pemeriksaan palpasi terdapat fremitus vokal normal. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan. Ttidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien normal, tidak ada batuk dan tidak ada sputum. RR: 20x/menit.

 Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.10 B2 Kardiovaskuler (Blood)

### Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat oedema, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, kering, merah, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tekanan darah129/74 mmHg, nadi 104x/menit. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

 Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.11 B3 Persarafan (Brain)

### Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis atau kelumpuhan, fungsi otot normal. Bentuk hidung simetris, septum atau dinding pembatas hidung pasien normal terletak di tengan, tidak ada polip. Bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan. Reaksi pupil normal isokor, reflek cahaya +/+ mengecil bila disinari, konjungtiva anemis normal merah muda, sklera tidak ikterik normal putih, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, kebersihan telinga baik, tidak ada alatbantu pendengaran. Bentuk lidah normal, ovula terletak simetris ditengah, tidak ada bengkak, palatum langit mulut normal. Kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara berbicara pasien jelas dan lancar. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+), dan Achilles (+/+).

1. Nervus I (Olfaktorius)

Sifatnya sensorik mensarafi system hidung yang membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari aroma rongga hidung ke otak.Pasien mampu mencium bau balsem.

1. Nervus II (Optikus)

Sifatnya sensorik, mensarafi system bola mata yang membawa rangsangan penglihatan ke otak. Pasien mampu membaca koran dengan jarak 30 cm.

1. Nervus III (Okulomotorius)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) atau sebagai pembuka bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah kanan dan kiri.

1. Nervus IV (Trochlear)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata. Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah.

1. Nervus V (Trigeminus)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik) bertanggung jawab sebagai pengunyah.

Sensorik: Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik: Pasien mampu menggertakkan gigi – gigi

1. Nervus VI (Abdusen)

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. Pasien mampu melihat ke segala penjuru arah.

1. Nervus VII (Fasial)

Sifatnya majemuk (sensorik-motorik), yaitu sebagai mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap, asam, asin dan rasa manis.

Sensorik: Pasien mampu merasakan rasa buah – buahan.

Motorik: Pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi.

1. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Sifatnya sensorik, saraf kranial ini mempunyai dua bagian sensoris yaitu audiotori dan vestibular yang berperan sebagai penerjemah. Pasien mampu mendengar suara dengan baik.

1. Nervus IX (Glosofharyngeal)

Berperan dalam menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah. Pasien mampu menelan dan merasakan rasa pahit obat

1. Nervus X (Vagus)

Sifatnya majemuk (sensorik – motoric) mensarafi faring, laring dan palatum. Pasien mampu menelan.

1. Nervus XI (Asesoris)

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus dengan memberi informasi ke otot laring dan faring. Otot bantu pernapasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat. Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan

1. Nervus XII (Hipoglosal)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot lidah. Pasien mampu menjulurkan lidah.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.12 B4 Perkemihan (Blader)

### Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang urine cateter. Daerah kemaluan bersih. Frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit ±4 - 5x/hari, dengan jumlah urine ± 1200cc dalam 24 jam, warna urine jernih. Sesudah masuk rumah sakit frekuensi berkemih sering ± 5-6x/hari, dengan jumlah urine ± 1500 cc dalam 24 jam, warna Jernih. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.13 B5 Pencernaan (Bowel)

### Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa kering pucat, tidak ada sariawan, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Pasien menyukai semua jenis makanan dan porsi makan 1 porsi habis dan waktu MRS pasien makan 1 porsi habis. Pola nutrisi MRS: Diit Makan Lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein (MLTKTP), lauk pauk dan sayur mayur sesuai indikasi team gizi. Pasien makan 3x sehari habis hanya 1 porsi, minum baik air putih, teh ± 2000 cc/hari, tidak ada nyeri telan. Bentuk perut datar, simetris, tidak ada kelainan pada abdomen, mengempis pada saat ekspirasi dan mengembang pada saat inspirasi. Peristaltik usus normal, pada auskultasi bising usus 10x/ menit (5-35x/ menit). Tidak ada kelainan pada rectum dan anus, tidak ada hemoroid. Pola eliminasi alvi SMRS: Pola BAB pasien 1x/hari dengan konsistensi padat, lembek, warna kuning kecoklatan. Pola eliminasi alvi MRS: 1x/ sehari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan. Pasien tidak ada pembuatan lubang di bagian abdomen, pasien tidak ada colostomi. Pada saat palpasi tidak teraba pembesaran pada hepar, tidak teraba pembesaran pada lien, tidak ada nyeri tekan abdomen.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah Keperawatan

### 3.1.14 B6 Muskuluskeletal & Intergumen (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi pada pasien terdapat rambut hitam, kuantitas tipis, tidak ada scabies atau masalah kulit. warna kulit sawo matang. Kuku: tidak ada 1, amputasi di digiti II manus kanan , turgor kulit normal, elastis dan pasien tampak melihat jari telunjuk sebelah kanan.terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan di bebat hepavik dengan kondisi luka kering. Deformitas tidak ada perubahan bentuk kaki. terdapat fraktur dan rasa nyeri pada jari telunjuk sebelah kanan, nyeri luka bekas operasi di tangan kanan P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 5 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak.

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

Kekuatan Otot :

Keterangan :

* + - 1. Kontraksi otot dapat dilihat atau dipalpasi.
			2. Gerakan otot dengan bantuan Topangan.
			3. Melawan gravitasi.
			4. Dapat melawan gravitasi.
			5. Normal.

Masalah Keperawatan: Nyeri akut, Gangguan citra tubuh dan Risiko Infeksi

### 3.1.15 Endokrin

### Tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening, thyroid. Tidak punya riwayat gula darah tinggi, hyperglikemi. Pasien tidak punya riwayat gula darah rendah, hypoglikemi. Pasien mengatakan tidak punya riwayat diabetes mellitus.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.16 Seksual Reproduksi.

### Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada system ini. Pemeriksaan testis sendiri tiap bulan tidak ada kelainan. Tidak mengalami masalah disfungsi seksual yang berhubungan dengan penyakit.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.17 Kemampuan Perawataan Diri

### Pasien SMRS mampu merawat perawatan diri secara mandiri, dari mandi, berpakaian/dandan, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah, bejalan naik tangga, hingga pemeliharaan rumah pasien tetap melakukannya sendiri. Pada saat pasien MRS aktivitas perawatan dirinya paien tidak terganggu, pasien mampu melakukannya dengan sendiri, sehingga tidak memerlukan bantuan dari keluarga atau orang terdekatnya.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS**  | **Skor:** 1 : Mandiri2 : Alat bantu3 :Dibantu orang lain dan alat4:Tergantung/tidak mampu |
| Mandi | 1 | 1 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 1 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 1 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 1 |
| Berjalan | 1 | 1 |
| Niak Tangga | 1 |  |
| Berbelanja | 1 |  |
| Memasak | 1 |  |
| Pemeliharaan rumah | 1 |  |
| Berpindah | 1 |  |
| Alat bantu berupa: Tidak Ada |

Tabel 3. 1 Kemampuan Perawatan Diri

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.18 Personal Hygiene

### SMRS pasien mandi 2 x sehari, keramas 1 x seminggu, ganti pakaian 2 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu. Ketika MRS pasien mandi 2 x sehari dengan cara di seka oleh iibunya, keramas 1 x 3 hari, ganti pakaian 1 x sehari, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku 1 x seminggu.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.19 Istirahat-Tidur

### Sebelum masuk rumah sakit Pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00, istirahat tidur malam pukul 21.00 – 05.00 jumlah ± 10 jam/hari. MRS: Pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00, tidur malam dari pukul 22.00 – 06.00 jumlah ± 10 jam/hari. Pasien memiliki kebiasaan kekamar mandi dan berdoa sebelum tidur. Pasien mengatakan istirahat tidurnya tercukupi.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.20 Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio- -Spiritual

1. Persepsi terhadap sehat sakit:

Menurut pasien sehat adalah anugrah terbesar, kemampuan melakukan aktivitas dengan lancar. Sedangkan sakit adalah keadaan tubuh lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas.

1. Konsep diri
2. Gambaran diri:

Pasien mengatakan keadaannya yang sekarang membutuhkan perawatan sampai bisa kembali pulang dan beraktivitas

1. Identitas diri:

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki - laki berumur 25 tahun.

1. Peran diri :

Pasien adalah seorang remaja bekerja sebagai karyawan swasta disalah satu pabrik di Mojokerto.

1. Ideal diri :

Pasien yakin sekali bisa sembuh dari penyakitnya dan bisa kembali bekerja dengan jari telunjuknya putus.

1. Harga diri :

Pasien mengatakan tidak malu dengan jarinya yang putus yang dialaminya. Kemampuan berbicara lancar, bahasa yang digunakan bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik, pasien tidak ansietas. Selama di rumah sakit kegiatan pasien hanya mengajak bicara ibunya. Selama di rumah sakit pasien tidak pernah berolah raga, dan kegiatan ibadah pasien selalu berdoa dan berdzikir meminta kesembuhan pada Allah. Pasien tambak melihat jari telunjuknya yang putus.

Masalah Keperawatan: Gangguan Citra Tubuh

### 3.1.21 Pemeriksaan Penunjang

Tgl pemeriksaan: 16/ 1/ 2021 jam 12.30 wib

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | Lekosit  | 6.51 10^3/uL | 4.00-10.00 |
| 2 | Hemoglobin  | 15.30g/dl | 13-17 |
| 3 | Eritrosit  | 5.07 10^6/uL | 4.00-5.50 |
| 4 | Trombosit  | 194.00 10^3/uL | 35.0-56.0 |
| 5 | Gula darah sewaktu | 94 mg/dl | 74-106 |
| 6 | Hematokrit  | 42.90 % | 40.0-54.0 |
| 7 | APTT |  |  |
|  | Pasien APTT | 31.1 detik | 26.0-40.0 |
| Control APTT | 36.4 detik |  |
| 8 | Protrombine Time (PT) |  |  |
|  | Pasien PT | 16.7 detik | 11-15 |
| Control PT | 14.8 |  |
| 9 | Antigen SARS-CoV-2 | Negatif | Negatif |
| 10 | RT-PCR SARS-CoV-2 | Negatif | Negatif |

Tabel 3. 2 Laboratorium Hematologi dan Hasil Laboratorium SARS Covid - 19

Tgl pemeriksaan: 16/ 1/ 2021 jam 22.06 wib

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | Lekosit  | 8.36 10^3/uL | 4.00-10.00 |
| 2 | Hemoglobin  | 14.90g/dl | 13-17 |
| 3 | Eritrosit  | 5.07 10^6/uL | 4.00-5.50 |
| 4 | Trombosit  | 201.00 10^3/uL | 35.0-56.0 |
| 5 | CRP Kuantitatif | -0.64 mg/dl | <10 |
| 6 | Albumin  | 4.67 mg/dl | 3,50-5,20 |
| 7 | Natrium (Na) | 140.4 mEq/L | 135-147 |
| 8 | Kalium ( K ) | 3.84 mmol/L | 3.0-5.0 |
| 9 | Clorida ( Cl ) | 106.6 mEq/L | 95-105 |
| 10 | Gula darah sewaktu | 94 mg/dl | 74-106 |
| 11 | Hematokrit  | 42.90 % | 40.0-54.0 |
| 12 | APTT |  |  |
|  | Pasien APTT | 31.1 detik | 26.0-40.0 |
| Control APTT | 36.4 detik |  |
| 13 | Protrombine Time (PT) |  |  |
|  | Pasien PT | 16.7 detik | 11-15 |
| Control PT | 14.8 |  |
| 14 | Antigen SARS-CoV-2 | Negatif | Negatif |
| 15 | RT-PCR SARS-CoV-2 | Negatif | Negatif |

Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium Hematologi dan Laboratorium Kimia Klinik

**Photo :**

**Tanggal 16/1/2022 jam 12.40 wib**

**Foto Manus Kanan AP/Lat :**

* Fraktur phalank distal digiti II manus kanan dengan soft tissue swelling disekitarnya
* Trabekulasi tulang normal
* Celah & permukaan sendi normal
* Osteophyte (-)

**Kesimpulan :**

* **Fraktur phalank distal digiti II manus kanan dengan soft tissue swelling di sekitarnya**

**Tanggal 16/1/2022 jam 12.40 wib**

 **Foto Thorax AP :**

Aorta dan mediastrium tidak melebar, trachea di tengah

 Cor : besar dan bentuk normal

 Pulmo : tak tampak infitrat, corakan bronchovascular baik

 Sinus costophrenicus dan diagfragma baik

 Tulang dan soft tissue baik

 **Kesan :**

* **Tak tampak kelainan**

Tgl: 17 Januari 2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Cinam  | 4x1,5 mg | IV | Obat antibiotik ampicillin+sulbaktam yang digunakan untuk menangani infeksi karena bakteri. |
| 2 | Ketorolac | 3x30 mg | IV | Obat yang digunakan untuk menangani anti nyeri. |
| 3 | Ranitidine  | 2x50 mg | IV | Obat untuk mengatasi gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung. |

Tabel 3. 4 Daftar Obat

Surabaya, 17 Januari 2022

 Miftachul Huda Muklisina

* 1. **Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| **1****2****3** | DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 5 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerakDO : * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Pasien tampak menyeringai kesakitan saat bergerak
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan
* TD : 110/80mmHg

Suhu : 36,3˚CRR : 20x/menitNadi : 84x/menitDS : Pasien mengatakan jari telunjuk sebelah kanan putus DO :* Jari telunjuk kanan tidak ada
* Kuku hilang 1
* Pasien tampak murung melihati jari telunjuknya
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan

DS: -DO: * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan
* Luka terbebat kasa hepavix
* Leukosit sebelum operasi

6.51 10^3/uL (4.00-10.0010^3/uL)* Lekosit setelah operasi

8.36 10^3/uL (4.00-10.0010^3/uL) | Agen pencedera fisik (prosedur operasi)Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi)Efek presedur invasi  | Nyeri akut (D.0077)Gangguan Citra Tubuh ( D.0083)Risiko Infeksi (D.0142 ) |

Tabel 3. 5 Analisa Data

## 3.3. Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **ditemukan** | **Teratasi** |
| 123 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)(D.0077)Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi) ( D.0083)Risiko Infeksi berhubungan dengan efek presedur invasi (D.0142 ) | 17 Jan 202217 Jan 202217 Jan 2022 | 19 Jan 202219 Jan 202219 jan 2022 | hudahudahuda |

Tabel 3. 6 Prioritas Maslah

## Intervensi Keperawatan (Rencana Keperawatan)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 123 | Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)(D.0077)Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi) ( D.0083)Risiko Infeksi berhubungan dengan efek presedur invasi (D.0142 ) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri dengan kriteria hasil:(SLKI, L.080066)1. Keluhan nyeri menurun
2. Melaporkan nyeri terkontrol
3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmalogis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik meningkat dengan kriteria hasil:* Pasien tidak murung saat melihat jari telunjuknya
* Persepsi tentang struktur tubuhnya meningkat

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :Tidak adanya tanda- tanda infeksi | **Manajemen nyeri** Observasi :(SIKI,08238)* Identifikasi karakteristik nyeri(mis: pencetus,pereda,kualitas, lokasi,intensitas,frekuensi,durasi)
* Identifikasi skala nyeri
* Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik :* Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. Teknik imajinasi terbimbing,terapi musik)
* Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri

Edukasi * Jelaskan strategi meredakan nyeri
* Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri
* Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
* Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

KolaborasiKolaborasi pemberian analgesikObservasi * Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
* Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
* Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
* Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial

Tetapiutik* Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
* Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
* Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
* Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh

Edukasi * Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
* Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
* Latih fungsi tubuh yang dimiliki
* latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

Pencegahan infeksiObservasi :* Memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :* Batasi jumlah pengunjung
* Berikan perawatan luka
* Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Edukasi :* Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi :Kolaborasi pemberian obat antibiotik, jika perlu | **Observasi :*** Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuslitas, intensitas nyeri
* Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien
* Untuk mengetahui respon nyeri non-verbal
* Untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri
* Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgesic

Terapeutik :* Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri
* Agar pasien nyaman

Edukasi :* Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu
* Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri
* Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi :* Pemberian obat anti nyeri

Obsevasi * Gangguan citra tubuh dapat menyertai dan mempengaruhi pasien psoriasis terhadap tubuhnya.
* Memengaruhi untuk lebih percaya terhadap diri sendiri
* Menumbuhkan rasa percaya diri
* Membantu menumbuhkan semangat dan percaya diri terhadap perubahan citra tubuh

Tetapiutik* Memberikan gambaran terhadap perubahan tubuh dan fungsinya
* Memberikan percaya diri terhadap penampilan fisik
* Mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
* Memberikan kesan seseorang terhadap dirinya sangat mempengaruhi dalam pengembalian kepercayaan diri

Edukasi * Pendekatan yang positif dan saran tentang teknik berpenampilan dapat membantu dalam meningkatkan pemerimaan diri dan sosialisasi klien
* Membantu menguatkan kepercayaan diri terhadap tubuhnya
* Membantu meningkatkan penerimaan diri terhadap tubuhnya
* Membantu meningkatkan rasa percaya diri dan bersosialisasi terhadap lingkungan

Pencegahan infeksiObservasi :* Memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik :* Mengurangi peningaktan bakteri daan peningkatan risiko infeksi
* Membantu suapay tetap kering dan mengobservasi tanda-tanda infeksi pada luka.
* Mempertahankan keseterilan luka
* Mencegah peningkatan infeksi.

Edukasi :* Meberikan deteksi dini terhadap tanda-tanda infeksi (tubor,kolor,dolor, dan fungsiolesa)

Kolaborasi :Membantu penyembuhan luka dan terhindardari infeksi |

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

## Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****Dx** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan****(SOAP)** | **TT** |
| 1,2,31,2,311,31,31,2,3111,2,31,31,31,2,31,2,32113321,31,2,31,2,31,2,3 | 17-01-202207.3008.0009.0010.0010.1511.0012.0012.1512.2016.0016.1517.0018.0019.0020.0020.1522.0022.3023.0004.0004.3006.0006.30 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMencuci tangan sebelum ke pasien dan sesudah ke pasienMengobservasi kondisi pasien (ku pasien baik, terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan, tampak menyeringai saat bergerak),danmengidentifikasi karakteristik nyeri, nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 5 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak.Memberikan posisi yang nyaman pada pasien, setengah dudukMemberikan injeksi cinam 1,5gr/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( tidak ada alergi)Mengobservasi vital signTD : 120/80mmHgSuhu : 36,2˚CRR : 20x/menitNadi : 84x/menitBB 60 kgTB 168cmMemberikan injeksi ketorolac 30 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( Tidak ada alergi)Memberikan diet makan siangMemberikan injeksi cinam 1,5 gr/IVMengevaluasi pemberian terapi ( tidak ada alergi obat)Mengobservasi vital signTD : 110/80mmHgSuhu : 36,5˚CRR : 20x/menitNadi : 80x/menitMembagi diet pasien ( habis 1 porsi)Memberikan motivasi untuk semangat dan percaya diri terhadap kondisi jari pasienMemberikan injeksi ketorolac 50 mg/IVMengevaluasi pemberian terapi ( tidak ada reaksi alergi, nyeri berkurang)Memberikan injeksi cinam 1,5 g/IVMemonitoring reaksi obat (tidak ada alergi obat)Memantau kondisi pasien ( pasien istirahat tidur)Memberikan injeksi cinam 1,5g/IVMemberikan injeksi ketorolac 30 mg/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVMengobservasi vital signTD : 110/70mmHgSuhu : 36,5˚CRR : 20x/menitNadi : 80x/menit\Memberikan diet pasien ( habis 1 porsi)Mengobservasi kondisi pasien (ku pasien baik, terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan, tampak menyeringai saat bergerak),tampak melihat-liat jari telunjuk sebelah kanan danmengidentifikasi karakteristik nyeri, nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 3 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak. | hudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahuda | 18-01-202207.00 | DX 1 : nyeri akutS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 3 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerakO : * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Pasien tampak menyeringai kesakitan saat bergerak
* Skala nyeri 3 (0-10)
* TD : 110/70mmHg

Suhu : 36,5˚CRR : 20x/menitNadi : 80x/menitA : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4DX 2 : Gangguan Citra TubuhS : Pasien mengatakan jari telunjuk sebelah kanan di putus O :* Jari telunjuk kanan tidak ada
* Paien tampak melihati jari telunjuknya

A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi 1,2,3DX 3 : Risiko infeksiS : -O: * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan
* Luka terbebat kasa hepavix
* Leukosit sebelum operasi

6.51 10^3/uL (4.00-10.0010^3/uL)* Lekosit setelah operasi

8.36 10^3/uL  (4.00-10.0010^3/uL)A :Masalah belum teratasiP: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 | Hudahuda huda |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****Dx** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan****(SOAP)** | **TT** |
| 1,2,31,2,311,31,31,2,3111,2,31,31,31,2,31,2,32113321,31,2,31,2,31,2,3 | 18-01-202207.3008.0009.0010.0010.1511.0012.0012.1512.2016.0016.1517.0018.0019.0020.0020.1522.0022.3023.0004.0004.3006.0006.30 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMengikuti dokter spesialis visite, advie besok rawat luka, terapi lanjutMencuci tangan sebelum ke pasien dan sesudah ke pasienMengobservasi kondisi pasien (ku pasien baik, terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan, tampak menyeringai saat bergerak),danmengidentifikasi karakteristik nyeri, nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 2 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak.Mengganti infus NS 14 tpmMemberikan posisi yang nyaman pada pasien, setengah dudukMemberikan injeksi cinam 1,5gr/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( tidak ada alergi)Mengobservasi vital signTD : 120/70mmHgSuhu : 36,8˚CRR : 20x/menitNadi : 74x/menitMemberikan injeksi ketorolac 30 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( Tidak ada alergi)Memberikan diet makan siangMemberikan injeksi cinam 1,5 gr/IVMengevaluasi pemberian terapi ( tidak ada alergi obat)Mengobservasi vital signTD : 110/70mmHgSuhu : 36,7˚CRR : 20x/menitNadi : 85x/menitMembagi diet pasien ( habis 1 porsi)Memberikan motivasi untuk semangat dan percaya diri terhadap kondisi jari pasienMemberikan injeksi ketorolac 50 mg/IVMengevaluasi pemberian terapi ( tidak ada reaksi alergi, nyeri berkurang)Memberikan injeksi cinam 1,5 g/IVMemonitoring reaksi obat (tidak ada alergi obat)Memantau kondisi pasien ( pasien istirahat tidur)Memberikan injeksi cinam 1,5g/IVMemberikan injeksi ketorolac 30 mg/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVMengobservasi vital signTD : 120/70mmHgSuhu : 36,6˚CRR : 20x/menitNadi : 70x/menit\Memberikan diet pasien ( habis 1 porsi)Mengobservasi kondisi pasien (ku pasien baik, terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan, tampak menyeringai saat bergerak),tampak melihat-liat jari telunjuk sebelah kanan dan mengidentifikasi karakteristik nyeri, nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 2 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak. Pasien tampak sedikit tersenyum. | hudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahuda | 19-01-202208.00 | DX 1 : nyeri akutS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 2 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerakO : * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Pasien sedikit tampak menyeringai kesakitan saat bergerak
* Skala nyeri 3 (0-10)
* TD : 120/70mmHg

Suhu : 36,6˚CRR : 20x/menitNadi : 70x/menitA : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4DX 2 : Gangguan Citra TubuhS : Pasien mengatakan jari telunjuk sebelah kanan putus O :* Jari telunjuk kanan tidak ada
* Paien tampak melihati jari telunjuknya
* Pasien terliat sedikit tersenyum

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi 1,2,3DX 3 : Risiko infeksiS : -O: * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan
* Luka terbebat kasa hepavix
* Leukosit sebelum operasi

6.51 10^3/uL (4.00-10.0010^3/uL)* Lekosit setelah operasi

8.36 10^3/uL  (4.00-10.0010^3/uL)A :Masalah belum teratasiP: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 | Hudahudahuda |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****Dx** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan****(SOAP)** | **TT** |
| 1,2,31,2,311,31,31,2,3111,2,31,31,31,2,31,2,32111,23 | 19-01-202207.3008.0009.0010.0010.1511.0012.0012.1512.2016.0016.1517.0018.0019.0020.0020.15 | Melakukan timbang terima dengan dinas malamMengikuti visite dokter spesialis advice ACC KRS menghabiskan antibiotikMencuci tangan sebelum ke pasien dan sesudah ke pasienMengobservasi kondisi pasien (ku pasien baik, terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan, tidak tampak menyeringai saat bergerak),danmengidentifikasi karakteristik nyeri, nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 1 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerak. Pasien sudah tersenyum.Mengganti infus NS 14 tpmMemberikan posisi yang nyaman pada pasien, setengah dudukMemberikan injeksi cinam 1,5gr/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( tidak ada alergi)Mengobservasi vital signTD : 110/70mmHgSuhu : 36,7˚CRR : 20x/menitNadi : 74x/menitMerawat luka di jari telunjuk kanan, luka kering dan bersihMemberikan injeksi ketorolac 30 mg/IVMemonitoring reaksi obat ( Tidak ada alergi)Memberikan diet makan siangMemberikan injeksi cinam 1,5 gr/IVMengevaluasi pemberian terapi ( tidak ada alergi obat)Mengobservasi vital signTD : 120/80mmHgSuhu : 36,4˚CRR : 20x/menitNadi : 80x/menitMembagi diet pasien ( habis 1 porsi)Memberikan motivasi untuk semangat dan percaya diri terhadap kondisi jari pasienMemberikan injeksi ketorolac 50 mg/IVMemberikan injeksi ranitidine 50 mg/IVNadi : 80x/menit\ Melepas infus | hudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahudahuda | 19-01-202208.30 | DX 1 : nyeri akutS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P : luka bekas operasi Q : cekot-cekot R : jari tangan kanan S : skala 1 (0-10) T : Nyeri timbul saat bergerakO : * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Pasien tidak tampak menyeringai kesakitan saat bergerak
* Skala nyeri 1 (0-10)
* TD : 120/80mmHg

Suhu : 36,4˚CRR : 20x/menitNadi : 80x/menitA : Masalah teratasi P : Hentikan IntervensiI : Edukasi :Minum obat sesuai jadwalKontrol tepat waktuDX 2 : Gangguan Citra TubuhS : Pasien mengatakan menerima kondisi jainya putus O :* Jari telunjuk kanan tidak ada
* Paien tampak melihati jari telunjuknya
* Pasien terlihat tersenyum

A : Masalah teratasiP : Hentikan intervensi I :Edukasi Tetap semangat dan percaya diriDX 3 : Risiko infeksiS : -O: * Terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan
* Foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan
* Luka terbebat kasa hepavix

Luka kering dan bersih* Leukosit sebelum operasi

6.51 10^3/uL (4.00-10.0010^3/uL)* Lekosit setelah operasi

8.36 10^3/uL  (4.00-10.0010^3/uL)A :Masalah teratasiP: Hentikan intervensi I :Edukasi :Kontrol tepat waktuMinum obat sesuai jadwalJaga kebersihan luka | Hudahuda huda |

Tabel 3. 8 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

# BAB 4

# PEMBAHASAN

 Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan Diagnosis Medis Fraktur Manus Digiti II Dextra di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022 selama 3 hari. Dalam 3 hari tersebut penulis telah mencoba menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosis medis Fraktur Manus Digiti II Dextra sesuai dengan teori – teori yang ada. Ada beberapa hal yang dapat dibahas dan diperhatikan dalam penerapan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan dan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dengan kenyataan yang ditemukan di lahan praktek lapangan. Oleh karena itu, dalam bab ini akan dibahas kesenjangan dan kesamaan antara tinjauan tioritis dengan tinjauan kasus dengan mencari faktor-faktor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan. Penulis melakukan pengkajian pada Tn. K dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan spenunjang medis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## 4.1 Pengkajian

 Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

 Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tujuan kasus tidak banyak kesenjangan. Pada tinjauan pustaka yang didapat pada pengumpulan data di temukan keluhan utama biasanya ditandai dengan adanya nyeri pada luka bekas operasi. Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan sekarang penulis tidak menemukan kesenjangan terhadap tanda dan gelaja yang di temukan di teoritis dengan tinjauan kasus. karena tanda dan gejala yang ditemukan di tinjauan kasus yaitu pasien mengatakan nyeri luka bekas operas, cekot-cekot, jari tangan kanan, skala 5 (0-10), nyeri timbul saat bergerak. Pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit. Pasien tidak memiliki riwayat DM.. Tidak ada alergi terhadap jenis obat.

 Dari hasil pengkajian riwayat penyakit keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, fraktur. Saat pengkajian pasien mengungkapkan pola hidup sehat selalu di terapkan di keluarganya. Terkait dengan Sistem pemeriksaan fisik yang terfokus pada B1 – B6 tidak ada perubahan signifikan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hanya saja terdapat luka post operasi di jari telunjuk sebelah kanan di bebat hepavik dan salah satu jari telunjuknya putus di amputasi. Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan lainnya yaitu tentang Diagnosa Keperawatan

## 4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka :

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema dan cedera pada jaringan, alat traksi/immobilisasi, stress, ansietas.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispnea, kelemahan/keletihan, ketidak edekuatan oksigenasi, ansietas, dan gangguan pola tidur.
3. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi).
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka / ulserasi, kelemahan, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrotik.
5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri/ketidak nyamanan, kerusakan muskuloskletal, terapi pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan/tahanan.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan stasis cairan tubuh, respons inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukkan, luka/kerusakan kulit, insisi pembedahan.
7. Kurang pengetahuan tantang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterb1atasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi.

 Dari tujuh diagnosisi yang muncul pada tinjauan pustaka, maka penulis memprioritaskan masalah utama berdasarkan prioritas yang dapat di lihat dari kondisi pasien yang mengancam nyawa sesuai dengan kebutuhan Hirarki Maslow

Terdapat 3 diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu:

1. Nyeri akut berehubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Nyeri akut menurut SDKI (2016) yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam SDKI yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen pencedera fisik ( prosedur operasi). Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengeluh nyeri pada nyeri luka bekas operasi, cekot-cekot, jari tangan kanan, skala 5 (0-10), nyeri timbul saat bergerak, pasien meringis menahan nyeri saat menggerakan jari telunjuk sebelah kanan.

1. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi)

Gangguan citra tubuh menurut SDKI (2016) merupakan perubahan presepsi tentang penampilan , struktur dan fungsi fisik individu. Faktor yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah perubahan struktur/ bentuk tubuh ( misal amputasi ). Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengatakan jari telunjuk sebelah kanan putus, jari telunjuk kanan tidak ada, kuku hilang 1, pasien tampak murung melihati jari telunjuknya.

1. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi

Risiko infeksi merupakan risiko yang mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah efek prosedur invasi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan, foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan, luka terbebat kasa hepavix dengan kondisi luka kering, leukosit sebelum operasi 6.51 10^3/uL (N : 4.00-10.0010^3/uL) dan lekosit setelah operasi 8.36 10^3/uL (N : 4.00-10.0010^3/uL).

## 4.3 Perencanaan

 Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

 Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan. Diganosis keperawatan prioritas yang kami angkat sebagai berikut:

1. Nyeri akut berehubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non-farmalogis. Dengan Intervensi sebagai berikut : Identifikasi karakteristik nyeri (misal : pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. Teknik imajinasi terbimbing,terapi musik), pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgesik.

1. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pasien tidak murung saat melihat jari telunjuknya dan persepsi tentang struktur tubuhnya meningkat. Dengan intervensi sebagai berikut : Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah, monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social, diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis, diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh, jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh, latih fungsi tubuh yang dimiliki, latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.

1. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Tidak adanya tanda- tanda infeksi. Dengan Intervensi sebagai berikut : Memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan luka, pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi dan kolaborasi pemberian obat antibiotik.

## 4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disususun dan realisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan terkordinasi dan terintegrasi untuk pelaksaan diagnosis pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya di rumah sakit. 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 dan tim kesehatan lainnya. Tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Pada masalah keperawatan nyeri akut berehubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) dilakukan asuhan keperawatan sebagai berikut : Mengidentifikasi karakteristik nyeri (misal : pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. Teknik imajinasi terbimbing,terapi musik), mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan berkolaborasi pemberian analgesik.
2. Pada masalah keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi) dilakukan tindakan asuhan keperawatan sebagai berikut : Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah, memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan,mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social, mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, mendiskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis, mendiskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh, menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh, melatih fungsi tubuh yang dimiliki,melatih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.
3. Pada masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

Dilakukan tindakan asuhan keperawatan sebagai berikut : Memonitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, memberikan perawatan luka, mempertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan kolaborasi pemberian obat antibiotik.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

## 4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan kerena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pasien dengan diagnosa nyeri akut berehubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) nyeri terkontrol selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan masalah teratasi pada tanggal 19 Januari 2022,
2. Pada diagnosis ke dua gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi) masalah teratasi dalam 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan pasien kooperatif sehingga masalah teratasi pada tanggal 19 Januari 2022.
3. Pada diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi penulis memerlukan waktu selama 3 x 24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 19 Januari 2022 masalah teratasi.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasma yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. K sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.

#

# BAB 5

# PENUTUP

 Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis post operasi fraktur manus digiti II dextra di Ruang G1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis post operasi fraktur manus digiti II dextra.

## 5.1 Simpulan

 Dari hasil urian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis post operasi fraktur manus digiti II dextra maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian pasien didapatkan nyeri pada nyeri luka bekas operasi, cekot-cekot, jari tangan kanan, skala 5 (0-10), nyeri timbul saat bergerak, pasien meringis menahan nyeri saat menggerakan jari telunjuk sebelah kanan, mengatakan jari telunjuk sebelah kanan putus, jari telunjuk kanan tidak ada, kuku hilang 1, pasien tampak murung melihati jari telunjuknya, terdapat luka post operasi di jari telunjuk tangan sebelah kanan, foto Manus Dextra AP/Obliq : fraktur amputasi phalanx distal digiti II manus kanan, luka terbebat kasa hepavix dengan kondisi luka kering, leukosit sebelum operasi 6.51 10^3/uL (N : 4.00-10.0010^3/uL) dan lekosit setelah operasi 8.36 10^3/uL (N : 4.00-10.0010^3/uL).
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, gangguan citra tubuh dan risiko infeksi.
3. Intervensi atau perencanaan pada nyeri akut berehubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri dengan kriteria hasil, keluhan nyeri menurun, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non-farmalogis. Pada gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. Amputasi) setelah dilakukan intervensi keperawatan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik meningkat dengan kriteria hasil, pasien tidak murung saat melihat jari telunjuknya dan persepsi tentang struktur tubuhnya meningkat. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi setelah dilakukan intervensi tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil, tidak adanya tanda- tanda infeksi.
4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan diagnosis post operasi fraktur manus digiti II dextra menganjurkan pasien untuk dapat melaksanakan manajemen nyeri dan percaya diri terhadap tubuhnya. Untuk menyelesaikan masalah tersebut penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien dan keluaga.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Tn. K sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi pasien

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya

### 5.2.2 Bagi perawat

1. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi fraktur manus digiti II dextra.
2. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
4. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

### 5.2.3 Bagi Rumah Sakit

1. Hasil studi kasus ini akan menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi fraktur manus digiti II dextra dengan baik
2. Melalui petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit diharapkan lebih aktif dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan pada masyarakat tentang masalah kesehatan khususnya tentang perawatan luka post operasi serta penyuluahan keselamatan dalam bekerja perlu ditingkatkan sehingga keselamatan diutamakan dan mampu menekan angka kejadian fraktur. Program perawatan masyarakat harus lebih digiatkan lagi dengan melibatkan seluruh unsur tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit serta sehingga program kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat bisa lebih mengenai sasaran dan tercapainya tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

### 5.2.4 Bagi Masyarakat

Diharapkan bagi masyarakat untuk lebih menambah pengetahuannya tentang keselamatan dalam bekerja untuk mengurangi resiko terjadinya fraktur yang nantinya akan berdampak pada derajat kesehatan masyarakat

### 5.2.5 Bagi Penulis

### Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang kan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan diagnosis medis post operasi fraktur manus digiti II dextra.

# DAFTAR PUSTAKA

Abdjul, R. L., & Herlina, S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia : Study Kasus Indonesian Jurnal of Health Development*. *2*(2), 102–107. https://ijhd.upnvj.ac.id/index.php/ijhd/article/view/40

Ardiasnyah, M. (2012). *Medikal Beddah Untuk Mahasiswa.* Yogyakarta: Diva Press.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan Provinsi Jawa Timur Riskesdas 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*. https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l%0A

Dahlan, A., & Suroto. (2013). *Tata Laksana Respirologi Respirasi Kritis* (A. Z. Dahlan & S. Y (eds.); Edisi ke-2). Pneumonia bakteri.

Harifiant, D. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. B Dengan Kasus Pneumonia Di Ruang Bougenville Rsud Dr. H Koesnadi Bondowoso.* http://repository.unmuhjember.ac.id/6237/1/ARTIKEL.pdf

Huda, A., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis* (N. Hamdahni rahil (ed.); Edisi Revi). Mediaction.

Kemenkes. (2018). Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198). http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf

Malaysia, D. of S. (2016). *Department of Statictic*.

Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika. https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Nanda. (2015). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017, Intervensi NIC, Hasil NOC.* Jakarta: EGC.

Nurarif & Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA (NIC-NOC)*. Jogjakarta: Mediaction.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3*.

Piliyanti, M. (2020). Gambaran Kondisi Fisik Rumah Penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Karang Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 8–33. http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/1700

Price, S. A. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses - Proses Penyakit* (Edisi 6 Vo). Jakarta: EGC.

Purnama, F. (2018). *Non-Pneumonia Anak Rawat Jalan Di Rsud Kota Ita La Tho , Fenita Purnama Icd-10*. *2*(1).

Ryusuke, A. A. A. K. D. & O. (2017). *Tugas Responsi Pneumonia*.

Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta :Graha Ilmu.

Tim Pokja DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.

Wartonah, & Tarwoto. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edissi: 4.* (Edissi: 4). Jakarta.

World Health Organization (WHO). (2019). *World Health Organization. 2019. fraktur.*

# Lampiran

|  |
| --- |
| **STANDART OPERASIONAL PROSEDUR****MELAKUKAN SKIN TEST (INTRA CUTAN)** |
| **PENGERTIAN** | Suatu kegiatan memasukan obat secara benar dan efektif untuk menghindari terjadinya alergi obat |
| **TUJUAN** | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah tindakan keperawatan dalam melaksanakan tindakan test obat suntik (skin test) untuk menghindari reaksi alergi pasien terhadap obat yang diberikan |
| **KEBIJAKAN** | Dilakukan pada pasien-pasien untuk program pengobatan antibiotik |
| **PROSEDUR** | **1. PERSIAPAN ALAT** * 1. Meja atau baki
	2. Obat yang akan diberikan
	3. Aquabides
	4. Bak spuit berisi kapas alcohol
	5. Sarung tangan
	6. Spuit 1 cc
	7. Neddle
	8. Alas kerja/perlak
	9. Pulpen dan jam
	10. Bengkok

**2. PERSIAPAN PASIEN** * 1. Pasien diberi inform consent
	2. Atur posisi pasien dan peralatan yang akan digunakan 2.3 Jaga privacy pasien

**3. PELAKSANAAN** * 1. Perawat mencuci tangan
	2. Tanyakan nama pasien
	3. Beri etiket obat untuk mencegah kekeliruan (6 benar)
	4. 3.4 Dekatkan alat
	5. Gunakan sarung tangan
	6. Oplos obat, ambil 0,1 cc obat campur dengan aquabides dengan perbandingan (1:9)
	7. Atur posisi
	8. Pasang perlak, lakukan desinfeksi, biarkan mongering
	9. Lakukan skin test (intra cutan) dengan posisi penyuntikan 15 derajat
	10. Lingkari area penyuntikan dengan menggunakan pulpen dengan diameter 2,5 cm, beri jam pemeriksaan hasil
	11. Perawat membereskan alat
	12. Perawat mencuci tangan

**4. EVALUASI** Lihat hasil skin test,alergi apa tidak dengan obat yang akan di berikan **5. DOKUMENTASI** Mendokumentasikan tindakan keperawatan dalam rekam medic pasien |

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur IC

.

 .