

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PASCA
OPERASI ORIF FRAKTUR KLAVIDIKULA SINISTRA
DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD KRATON
KABUPATEN PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh
Mahlul Setiaji
NIM : 13.1676.P

PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Pasca Operasi Orif Fraktur Klavikula Sinistra di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Mahlul Setiaji telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, 24 Juli 2016

Pembimbing

Tri Sakti Wirotomo,S.Kep, Ns, M. Kep

NIK : 12.001.116

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Pasca Operasi Orif Fraktur Klavikula Sinistra di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Mahlul Setiaji telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Firman Faradisi, M.N.S)

NIK : 11.001.106

(Tri Sakti Wirotomo,S.Kep, Ns, M. Kep)

NIK : 12.001.116

Mengetahui
Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

(Herni Rejeki, M.Kep. Ns. Sp.Kep. Kom)

NIK : 96.001.016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang
dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, 28 juli 2016

Yang Membuat Pernyataan

Mahlul Setiaji

NIM : 13.1676.P

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula Sinistra di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” sebagai syarat menyelesaikan program studi Diploma III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Penulis menyadari dalam menyusun karya tulis ilmiah ini tanpa bantuan dari pihak pembimbing dan juga pihak-pihak yang memberi dorongan berupa materil dan spiritual, maka tidak akan terlaksana. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Mokhamad Arifin, S.Kep. M.Kep. selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
2. Herni Rejeki, M.kep. Ns. Sp.Kep.Kom. selaku KaProdi DIII Keperawatan.
3. Tri Sakti Wirotomo, S.kep, Ns, M.Kep selaku Pembimbing dan Pengaji I Karya Tulis Ilmiah.
4. Firman Faradisi, M.N.S selaku Pengaji II Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh staf pendidikan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
6. Kedua orang tua, kakak, dan adik atas segala do'a, dukungan, dan kasih sayang yang tulus, serta pengorbanannya selama ini.
7. Semua teman yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin dengan segala kemampuan yang ada, namun penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca, khususnya bagi penulis.

Pekalongan, 24 Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Pengertian	6
B. klasifikasi	6
C. Etologi.....	7
D. Manifestasi Klinis.....	8
E. Patofisiologi	8
F. Pemeriksaan Penunjang	9
G. komplikasi	9
H. Penatalaksanaan Fraktur	10
I. Penatalaksanaan Keperawatan Pasca Operasi ORIF	11
J. Pengkajian	13
K. Diagnosa.....	15
L. Fokus Intervensi	15
BAB III TINJAUAN KASUS	22
A. Pengkajian	22
B. Analisa dan Diagnosa Keperawatan	23

C. Intervensi.....	24
D. Implementasi	25
E. Evaluasi.....	27
BAB IV PEMBAHASAN	28
A. Pengkajian	28
B. Diagnosa Keperawatan	29
C. Intervensi.....	31
D. Implementasi	33
E. Evaluasi.....	34
BAB V PENUTUP	36
A. Simpulan	36
B. Saran	37

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

- A. Pathways
- B. Surat keterangan magang KTI
- C. Surat keterangan pengambilan data rekap medik RSUD Kraton
- D. Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula Sinistra di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kondisi cedera menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di seluruh negara dan lebih dari dua per tiga dialami oleh negara berkembang. Kematian akibat cedera meningkat dari 5,1 juta orang menjadi 8,4 juta orang (9,2% dari kematian secara keseluruhan) dan diperkirakan menempati peringkat ketiga *disability adjusted life years* (DALYs) pada tahun 2020. Tingginya angka proporsi cedera akibat kecelakaan lalu lintas di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain meningkatnya jumlah kendaraan bermotor, perilaku pengemudi, dan rendahnya pemakaian alat pelindung diri (APD) (WHO, 2006 dikutip dalam Helmi, 2012, h. 3).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2011, dalam dua tahun terakhir ini, kecelakaan lalu lintas di Indonesia dinilai menjadi pembunuh terbesar ketiga, di bawah penyakit jantung koroner dan tuberculosis. Data WHO tahun 2011 menyebutkan, sebanyak 67% korban kecelakaan lalu lintas berada pada usia produktif, yakni 22 – 50 tahun. Terdapat sekitar 400.000 korban di bawah usia 25 tahun yang meninggal di jalan raya, dengan rata-rata angka kematian 1.000 anak-anak dan remaja setiap harinya.

Data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2009 didapatkan sekitar delapan juta orang mengalami kejadian fraktur dengan jenis fraktur yang berbeda dan penyebab yang berbeda. Hasil survei tim Depkes RI didapatkan 25% penderita fraktur yang mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, 15% mengalami stres psikologis seperti cemas atau bahkan depresi, dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik. Beragam cara yang dilakukan untuk kesembuhan salah satunya dengan cara melakukan operasi di rumah sakit (Depkes RI, 2009).

Hasil penelitian di rumah sakit lima provinsi di Indonesia menunjukkan bahwa bagian tubuh yang cedera paling banyak di kepala, kaki, dan tangan. Melihat jenis lukanya, maka cedera akibat kecelakaan lalu lintas menunjukkan cedera yang lebih serius dibandingkan dengan cedera akibat hal lain (proporsi luka terbuka 26,7%, patah tulang 8,5%, dan anggota gerak terputus 1%). Hal tersebut menggambarkan bahwa cedera akibat kecelakaan lalu lintas lebih membutuhkan tindakan pengobatan yang lebih intensif atau rawat inap di unit pelayanan kesehatan, serta waktu pemulihan yang lebih lama dan kemungkinan menimbulkan kecacatan (Helmi, 2012, h. 4). Adapun data yang didapat saat dilakukan pencarian data keadaan morbiditas pasien rawat inap RSUD Kraton pada tahun 2015 periode bulan Januari sampai Desember, jumlah kasus fraktur klavikula adalah 26, untuk jumlah pasien laki-laki sebanyak 19 orang atau 73% dan perempuan 7 orang atau 27% (Rekam Medik RSUD Kraton, 2015).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa (Sjamsuhidajat, 2005 dikutip dalam Ningsih & Lukman, 2009, h. 26). Menurut Brunner & Suddarth tahun 2000 (dikutip dalam Suratun et al, 2008, h. 148) fraktur adalah patah tulang atau terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya yang disebabakan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan kontraksi otot ekstrem. Fraktur dapat terjadi pada seluruh tulang tubuh, salah satunya adalah fraktur tulang klavikula. Fraktur klavikula adalah putusnya hubungan tulang klavikula yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (*outstretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai klavikula, trauma ini dapat menyebabkan fraktur klavikula (Helmi, 2012, h. 146).

Fraktur biasanya disebabkan oleh trauma baik secara langsung ataupun tidak langsung. Selain karena trauma, faktor patologis juga dapat mempengaruhi terjadinya fraktur. Pada saat tulang mengalami fraktur, terjadi kerusakan pembuluh darah yang akan mengakibatkan pendarahan, maka

volume darah akan menurun. *Cardiak Out Put* (COP) menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan poliferasi menjadi edema lokal dan maka terjadi penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang akan menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi gangguan *neurovascular* yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu, fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit (Price, 2006, h. 1382).

Prinsip penanganan fraktur meliputi reduksi, imobilitas, dan pengembalian fungsi serta kekuatan normal dengan rehabilitasi. Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomic. Metode untuk mencapai reduksi fraktur adalah dengan reduksi tertutup dan reduksi terbuka. Metode yang dipilih untuk mereduksi fraktur bergantung pada sifat frakturnya. Tahapan selanjutnya setelah fraktur direduksi adalah mengimobilisasi dan mempertahankan fragmen tulang dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuhan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, *biday*, traksi *kontinu*, pin, dan teknik gips. Sedangkan *implant* logam digunakan untuk fiksasi *interna* (Smeltzer, 2002 dikutip dalam Ningsih & Lukman, 2009, h. 34).

Ketika tulang patah, sel tulang mati. Perdarahan 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 berakumulasi sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah ke area tersebut. Fagositosis dan pembersihan debris sel mati dimulai. Bekuan fibrin (hematoma fraktur) terbentuk di tempat patah dan berfungsi sebagai jala untuk melekatnya sel-sel baru. Aktivitas osteoblas segera terstimulasi dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut kalus. Bekuan fibrin segera direabsorbsi 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 (Corwin, 2009, h. 337).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2016 oleh penulis didapatkan data di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton, bahwa pasien dengan kasus pasca operasi *ORIF Fraktur Klavikula* mengalami masalah seperti nyeri akut, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Akibat dari rasa nyeri tersebut membuat pasien mengalami hambatan mobilitas fisik seperti bergerak, duduk, berjalan, mandi, dan berpakaian. Selain itu, dengan adanya luka pasca operasi maka muncul masalah resiko infeksi. Berdasarkan data dan uraian di atas, serta masih banyaknya angka kejadian fraktur klavikula dan komplikasi oleh fraktur klavikula, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula sinistra di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan pengelolaan kasus atau asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengkaji klien pasca operasi ORIF fraktur klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat dari masalah yang timbul pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.

- c. Mampu merumuskan rencana tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.
- d. Mampu melakukan rencana tindakan keperawatan pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur klafikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi ORIF fraktur klafikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.

3. Manfaat

Adapun manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- 1. Bagi penulis.
 - a. Untuk meningkatkan dan menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pasca operasi ORIF fraktur klavikula.
 - b. Untuk menambah keterampilan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pasca operasi ORIF fraktur klavikula.
- 2. Bagi Institusi Pendidikan.

Sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan bagi mahasiswa Diploma III keperawatan, khususnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pasca operasi ORIF fraktur klavikula.

- 3. Bagi Lahan Praktek.

Dengan adanya penulisan karya tulis ilmiah ini, dapat menambah bahan referensi untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik, khususnya asuhan keperawatan pasca operasi ORIF fraktur klavikula.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Pengertian

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Nurarif & Kusuma, 2015, h. 8). Menurut Brunner & Suddarth tahun 2000 (dikutip dalam Suratun et al, 2008, h. 148) fraktur adalah patah tulang atau terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya yang disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan kontraksi otot ekstrem.

Fraktur klavikula adalah putusnya hubungan tulang klavikula yang disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar/ tertarik keluar (*outstretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai klavikula, trauma ini dapat menyebabkan fraktur klavikula (Helmi, 2012, h. 146). Dari beberapa pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa pengertian dari fraktur klavikula adalah terputusnya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh trauma atau rudapaksa langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputar atau tertarik keluar (*outstretched hand*), dimana trauma dilanjutkan dari pergelangan tangan sampai klavikula.

2. Klasifikasi

Menurut Suratun, et al (2008, h. 152) fraktur dapat dilasifikasikan sebagai berikut :

- a. Fraktur komplet: patah pada seluruh garis tulang dan biasanya mengalami pergeseran

- b. Fraktur tidak komplet: patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang
 - c. Fraktur tertutup (fraktur *simple*): patah tulang yang tidak menyebabkan robeknya kulit
 - d. Fraktur terbuka (fraktur komplikasi/kompleks): patah yang menembus kulit dan tulang berhubungan dengan dunia luar
 - e. Fraktur kominitif: fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen
 - f. Fraktur *green stick*: fraktur yang salah satu sisi tulang patah sedang satu sisi lainnya membengkok
 - g. Fraktur kompresi: fraktur dengan tulang mengalami kompresi
 - h. Fraktur depresi: fraktur yang fragmen tulangnya terdorong kedalam.
3. Etiologi

Menurut Sachdeva tahun 1996 (dikutip dalam Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010, h. 16-17) penyebab fraktur dapat dibagi dua, yaitu :

- a. Cedera traumatis

Cedera traumatis pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tuang sehingga tulang patah secara spontan.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
- 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

- b. Faktor patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit, dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan berikut :

- 1) Tumor tulang (jinak atau ganas) : pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali.

- 2) Infeksi seperti ostemielitis : dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat, dan sakit nyeri.
- 3) Rakhitis : suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D yang mempengaruhi semua jaringan skelet lain.
- 4) Secara spontan : disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus, misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik fraktur klavikula menurut Helmi (2012, h. 147) adalah keluhan nyeri pada bahu depan, adanya riwayat trauma pada bahu atau jatuh dengan posisi tangan yang tidak optimal, dan penderita mengeluh kesulitan dalam menggerakkan bahu. Berikut adalah temuan pada pemeriksaan fisik lokalis yang biasa muncul :

- a. *Look* yaitu pada fase awal cidera klien terlihat mengendong lengan pada dada untuk mencegah pergerakan. Suatu benjolan besar atau deformitas pada bahu depan terlihat dibawah kulit dan kadang-kadang fragmen yang tajam mengancam kulit.
- b. *Feel* didapatkan adanya nyeri tekan pada bahu depan.
- c. *Move* karena ketidakmampuan mengangkat bahu ke atas, keluar, dan kebelakang thoraks.

5. Patofisiologi

Fraktur gangguan pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma baik secara langsung ataupun tidak langsung. Selain karena trauma, faktor patologis juga dapat mempengaruhi terjadinya fraktur. Pada saat tulang mengalami fraktur, terjadi kerusakan pembuluh darah yang akan mengakibatkan pendarahan, maka volume darah akan menurun. *Cardiac Out Put* (COP) menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan poliferasi menjadi edema lokal dan maka terjadi penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang akan menimbulkan gangguan

rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi gangguan *neurovascular* yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu, fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit (Price, 2006, h. 1382).

6. *Patways* keperawatan

Patways keperawatan terlampir.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif & Kusuma (2015, h. 10), pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. *X-ray* : menentukan lokasi/ luasnya fraktur
- b. *Scan* tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. *Anteriogram*: dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap : hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan; peningkatan lekosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
- f. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi atau cedera hati.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada fraktur menurut Corwin (2009, h. 338) yaitu :

- a. *Non-union, delayed union*, atau *mal union* tulang dapat terjadi yang menimbulkan deformitas atau hilangnya fungsi.
- b. Sindrom kompartemen dapat terjadi. Sindrom kompartemen ditandai oleh kerusakan atau destruksi saraf dan pembuluh darah yang disebabkan oleh pembengkakan dan edema di daerah fraktur.

Dengan pembengkakan intertisial yang intens, tekanan pembuluh darah yang menyuplai daerah tersebut dapat menyebabkan hipoksia jaringan dan dapat menyebabkan kematian saraf yang mempersarafi daerah tersebut. Biasanya timbul nyeri hebat. Indikasi biasanya tidak dapat menggerakkan jari tangan atau jari kaki.

- c. Embulus lemak dapat timbul setelah patah tulang. Embulus lemak dapat timbul akibat pajanan sum-sum tulang atau dapat terjadi akibat aktivitas sistem saraf simpatik yang menimbulkan stimulasi mobilisasi asam lemak setelah trauma. Embulus lemak yang tersangkut di sirkulasi paru dapat menimbulkan gawat napas dan gagal napas.

9. Penatalaksanaan Fraktur

Prinsip penanganan fraktur meliputi reduksi, imobilitas, dan pengembalian fungsi serta kekuatan normal dengan rehabilitasi. Reduksi fraktur berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomic. Metode untuk mencapai reduksi fraktur adalah dengan reduksi tertutup dan reduksi terbuka. Metode yang dipilih untuk mereduksi fraktur bergantung pada sifat frakturnya.

Pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fraktur tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Selanjutnya, traksi dapat dilakukan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilitas. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

Pada fraktur tertentu memerlukan reduksi terbuka. Dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku atau batangan logam yang dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang solid terjadi.

Tahapan selanjutnya setelah fraktur direduksi adalah mengimobilisasi dan mempertahankan fragmen tulang dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat

dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, *biday*, traksi *kontinu*, pin, dan teknik gips. Sedangkan *implant* logam digunakan untuk fiksasi *interna*.

Mempertahankan dan mengembalikan fragmen tulang, dapat dilakukan dengan mempertahankan reduksi dan imobilisasi. Pantau status neurovaskuler, latihan isometrik, dan memotivasi klien untuk berpartisipasi dalam memperbaiki kemandirian fungsi (Smeltzer, 2002 dikutip dalam Ningsih & Lukman, 2009, h. 34).

10. Penatalaksanaan Keperawatan Pasca Operasi ORIF

Setelah pembedahan ortopedi, perawat tetap melanjutkan rencana perawatan preoperatif, melakukan penyesuaian terhadap status pascaoperatif terbaru. Perawat mengkaji ulang kebutuhan pasien berkaitan dengan nyeri, perfusi jaringan, promosi kesehatan, mobilitas dan konsep diri. Trauma skelet dan pembedahan yang dilakukan pada tulang, otot, dan sendi yang dapat nyeri berat, khususnya setelah beberapa hari pertama pasca operasi.

Meredakan nyeri. Setelah pembedahan ortopedi, nyeri mungkin sangat berat, edema, hematoma, dan spasme otot merupakan penyebab nyeri yang dirasakan. Tingkat nyeri pasien dan respon terhadap upaya terapeutik harus dipantau ketat. Analgesik dikontrol pasien dan analgesik epidural dapat diberikan untuk mengontrol nyeri. Pasien harus dianjurkan meminta pengobatan nyeri sebelum nyeri itu menjadi berat. Obat harus diberikan segera dalam interval yang ditentukan.

Nyeri yang terus bertambah dan tak terkontrol perlu dilaporkan ke dokter bedah ortopedi untuk dievaluasi. Nyeri harus hilang segera setelah periode pasca operasi awal. Setelah 3 sampai 4 hari, kebanyakan pasien hanya membutuhkan analgesik oral sekali-kali saja untuk mengatasi nyeri dan spasme otot.

Memelihara perfusi jaringan adekuat. Perawat harus memantau status neurovaskuler bagian badan yang dioperasi dan melaporkan segera kepada dokter bila ada temuan yang mengarahkan adanya gangguan

perfusi jaringan. Pasien diingatkan untuk melakukan pengesetan otot setiap jam bila dalam keadaan terjaga untuk memperbaiki peredaran darah.

Memelihara kesehatan. Diet yang sebanding dengan protein dan vitamin yang adekuat sangat diperlukan untuk kesehatan jaringan dan penyembuhan luka. Pasien harus diberikan diet seimbang sesegera mungkin.

Memperbaiki mobilitas fisik. Kebanyakan pasien merasa takut untuk bergerak setelah pembedahan ortopedi. Hubungan terapeutik dapat membantu pasien berpartisipasi dalam aktivitas yang dirancang untuk memperbaiki tingkat mobilitas fisik. Pasien biasanya mau menerima terhadap peningakatan mobilitasnya setelah diyakinkan bila bahwa gerakan selama masih dalam batas terapeutik sangat menguntungkan.

Pin, skrup, batang, dan plat logam yang digunakan sebagai fiksasi interna dirancang untuk dapat mempertahankan posisi tulang sampai terjadi penulangan. Alat-alat tersebut tidak dirancang untuk menahan berat badan dan dapat melengkung, longgar, patah bila mendapat beban stres. Perkiraan kekuatan tulang, stabilitas fraktur, reduksi, dan fiksasi, dan besarnya penyembuhan tulang merupakan pertimbangan penting dalam penentuan stres yang dapat ditahan oleh tulang setelah pembedahan. Dokter bedah ortopedi akan memberikan batasan pembebanan berat badan dan penggunaan alat pelindung (ortoses) sebelum pasien diperkenankan berpindah tempat atau berjalan.

Program latihan dirancang sesuai kebutuhan masing-masing individu. Sasarannya adalah untuk mengembalikan pasien kejenjang fungsi tertinggi dengan waktu sesingkat mungkin sesuai prosedur bedah yang dilakukan. Dalam batas pembatasan berat badan yang ditemukan oleh dokter bedah, perawat harus memantau cara jalan pasien, memperhatikan apakah benar-benar aman.

Peningkatan konsep diri. Peningkatan perawatan diri dalam batas program terapeutik dan pengembalian peran dapat membantu mengenali

kemampuannya dan meningkatkan harga diri, identitas diri dan, kinerja peran. Penerimaan perubahan citra tubuh dapat dibantu dengan dukungan yang diberikan oleh perawat, keluarga, dan orang lainnya.

Infeksi. Infeksi merupakan resiko pada setiap pembedahan. Infeksi merupakan perhatian khusus terutama pada pasien pasca operasi ortopedi karena tinggiya risiko osteomilitis. Maka antibiotik sistemik profilaksis sering sering diberikan selama preoperatif dan segera pada periode pasca operasi. Perawat mengkaji respons pasien terhadap antibiotik tersebut. Saat mengganti balutan dan menggunakan alat untuk mengeringkat cairan, teknik aseptik sangat penting. Perawat memantau tanda-tanda vital, menginpeksi luka, dan mencatat sifat cairan yang keluar. Penemuan dini dan pelaporan segera kepada dokter mengenai adanya proses infeksi yang jelas sangat penting (Smeltzer & Bare, 2001, h. 2304-2307).

B. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Fraktur

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien fraktur menurut Suratun, et al (2008, h. 153) meliputi :

- a. Biodata: nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit dan diagnosa medis
- b. Keluhan Utama: rasa nyeri, keterbatasan aktivitas, gangguan sirkulasi, dan gangguan neurosensori.
- c. Riwayat perkembangan
- d. Riwayat kesehatan masa lalu: kelainan musculoskeletal (jatuh, infeksi, trauma dan fraktur), cara penanggulangan, dan penyakit (diabetes militus).
- e. Riwayat kesehatan sekarang: kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/ perlahan, lokasi, obat yang diminum, dan cara penanggulangan.

- f. Pemeriksaan fisik: keadaan umum dan kesadaran, keadaan integumen (kulit), kardiovaskuler (hipertensi dan takikardi), neurologis (spasme otot dan kebas/kesemutan), keadaan ekstermitas, dan hematologi.
 - g. Riwayat psikososial: reaksi emosional, citra tubuh, dan sistem pendukung.
 - h. Pemeriksaan diagnostik: rontgen untuk mengetahui lokasi dan luas cidera, *CT scan*, *MRI*, *arteriogram*, pemindaian tulang, darah lengkap, dan pemeriksaan laboratorium lengkap untuk persiapan operasi.
 - i. Pola kesehatan sehari-hari atau hobi.
2. Pengkajian Nyeri Pasca Operasi

Pada umumnya klien dengan pasca operasi akan mengalami nyeri yang hebat sehingga diperlukan pengkajian nyeri dengan prinsip PQRST (Muttaqin 2008, h.120).

a. *Provoking Incident.*

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan.

b. *Quality of Pain.*

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien. Klien dengan pasca operasi biasanya menghasilkan sakit yang bersifat menusuk atau seperti disayat-sayat.

c. *Region, Radiation, Relief.*

Area yang dirasakan nyeri pada klien terjadi di area yang mengalami patah tulang. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

d. *Severity (Scale) of Pain.*

Biasanya klien fraktur akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5-7 dari skala pengukuran 0-10.

e. *Time.*

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. Klien Fraktur akan merasa lebih nyeri saat bagian yang mengalami fraktur dilakukan pergerakan.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan pasca operasi Open Reduksi Internal Fiksasi (ORIF) fraktur adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, adanya penekanan pada kulit dampak sekunder terhadap immobilisasi, pemasangan traksi (pen, kawat, skrup)
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *muskuloskeletal*
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer (kerusakan kulit, trauma jaringan lunak, prosedur invasiv/traksi tulang)
- e. Resiko syok (hipovolemik)
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan *neuromuscular* (Nanda, 2013, h. 313).

4. Intervensi

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan pasca operasi ORIF fraktur :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (Nanda, 2013, h. 314).
NOC (*Nursing Outcomes Classification*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri klien terkontrol atau dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

NIC (*Nursing Intervention Classification*) :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
Rasionalisasi : nyeri merupakan respons subjektif yang dapat dikaji dengan menggunakan skala nyeri. Klien melaporkan nyeri biasanya diatas tingkat cedera.
- 2) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring, gips, bebat atau traksi
Rasionalisasi : mengurangi nyeri dan mencegah malformasi
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
Rasionalisasi : hal ini membantu klien untuk mengurangi nyeri
- 4) Ajarkan pada pasien teknik non farmakologi mengurangi nyeri
Rasionalisasi : mengalihkan perhatian terhadap nyeri, meningkatkan kontrol terhadap nyeri yang mungkin berlangsung lama.
- 5) Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi
Rasionalisasi : obat analgetik diharapkan dapat mengurangi nyeri
- 6) Evaluasi keluhan nyeri (skala, petunjuk verbal dan non verbal, perubahan tanda-tanda vital)
Rasionalisasi : menilai perkembangan masalah klien.

- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, adanya penekanan pada kulit dampak sekunder terhadap immobilisasi, pemasangan traksi (pen, kawat, skrup) (Nanda, 2013, h.288)

NOC (*Nursing Outcomes Classification*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tidak terjadi gangguan integritas kulit

Kriteria Hasil :

- 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
- 2) Tidak ada lesi, kemerahan dan nyeri tekan pada daerah yang mengalami penekanan
- 3) Perfusi jaringan baik
- 4) Klien menunjukan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
- 5) Klien mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

NIC (*Nursing Intervention Clasification*) :

- 1) Hindarkan kerutan pada tempat tidur, pertahankan tempat tidur yang nyaman dan aman (kering, bersih, alat tenun kencang, bantalan bawah siku, tumit)
Rasionalisasi : menurunkan resiko kerusakan/abrsasi kulit yang lebih luas
- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
Rasionalisasi : agar tidak terjadi iritasi kulit
- 3) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien tiap dua jam sekali)
Rasionalisasi : meminimalisasi terjadinya dekubitus
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi
Rasionalisasi : mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka
- 5) Ganti balutan pada interval waktu sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program

Rasionalisasi : mencegah infeksi

- 6) Observasi keadaan kulit, penekanan gips/bebat terhadap kulit, insersi pen/ traksi. Oleskan lotion atau minyak/ *baby oil* pada daerah yang tertekan.

Rasionalisasi : menilai perkembangan masalah klien, dan mengurangi rasa sakit klien dengan mengoleskan *lotion/minyak*.

- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan gangguan *muskuloskeletal* (Nanda, 2013, h. 269).

NOC (*Nursing Outcomes Classification*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan terjadi peningkatan mobilitas fisik sesuai kemampuan, pergerakan sendi aktif, mampu melakukan aktivitas.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- 2) Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas fisik
- 3) Klien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

NIC (*Nursing Intervention Classification*) :

- 1) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan

Rasionalisasi : kemampuan mobilisasi ekstremitas dapat ditingkatkan dengan latihan fisik dari tim fisioterapi.

- 2) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasionalisasi : mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas

- 3) Lakukan pendekatan kepada pasien untuk melakukan aktivitas sebatas kemampuan.

Rasionalisasi : diharapkan pasien lebih kooperatif dalam melakukan aktifitas

- 4) Bantu latihan rentang gerak pasif aktif pada ekstremitas yang sakit maupun yang sehat sesuai keadaan klien.

Rasionalisasi : meningkatkan sirkulasi darah, muskuloskeletal, mempertahankan tonus otot, mempertahankan gerak sendi, mencegah kontraktur/ atrofi, dan mencegah reabsorpsi kalsium karena imobilisasi

- 5) Damping dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan perawatan diri (kebersihan/eliminasi) sesuai keadaan klien

Rasionalisasi : meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri sesuai kondisi keterbatasan klien.

- 6) Ajarkan pasien mengubah posisi secara periodik sesuai keadaan klien.

Rasionalisasi : menurunkan insiden komplikasi kulit dan pernapasan (dekubitus, atelektasis, pneumonia)

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer (kerusakan kulit, trauma jaringan lunak, prosedur invasiv/traksi tulang) (Nanda, 2013, h.323).

NOC (*Nursing Outcomes Classification*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi, meningkatnya status kekebalan tubuh, mengetahui tentang cara mengontrol infeksi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi (*dolor, calor, rubor, tumor dan fungsiolaesa*)
- 3) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- 4) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 5) Menujukan perilaku hidup sehat

NIC (*Nursing Intervention classification*) :

- 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain dan pertahankan lingkungan aseptik

Rasionalisasi : mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka.

- 2) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

Rasionalisasi : mengevaluasi perkembangan masalah klien

- 3) Batasi pengunjung bila perlu, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.

Rasionalisasi : mengurangi resiko kontak infeksi dari orang lain.

- 4) Kolaborasi pemberian antibiotika, bila perlu *infection protection* (proteksi terhadap infeksi)

Rasionalisasi : mencegah atau mengatasi infeksi

- 5) Analisa hasil pemeriksaan laboratorium (hitung darah lengkap, LED, kultur dan sensitivitas luka/serum/tulang)

Rasionalisasi : mengidentifikasi organisme penyebab infeksi

- e. Resiko syok (hipovolemik) (Nanda, 2013, h.349)

NOC (*Nursing Outcomes Circulation*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi syok (hipovolemik).

Kriteria Hasil :

- 1) Nadi dalam batas yang diharapkan
- 2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan
- 3) Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan
- 4) Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan

NIC (*Nursing Intervention Clasification*) :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan tanda awal shock

Rasionalisasi : mengetahui keadaan umum pasien

- 2) Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki *elevasi* untuk peningkatan *preload* dengan tepat

Rasionalisasi : memperbaiki sirkulasi serebral lebih baik dan mendorong aliran darah vena kembali kejantung

- 3) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas

Rasionalisasi : klien dapat bernapas dengan normal

- 4) Berikan cairan intra vena dan atau oral yang tepat
Rasionalisasi : mengganti cairan secara adekuat dan cepat
 - f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular (Nanda, 2013, h. 237)
NOC (*Nursing Outcomes Clasification*) : setelah dilakukan tidakan keperawatan diharapkan perawatan diri klien terpenuhi.
Kriteria Hasil :
 - 1) Mampu melakukan aktifitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu
 - 2) Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- NIC (*Nursing Intervention Clasification*) :
- 1) Kaji tingkat kekuatan dan toleransi aktifitas klien
Rasionalisasi : membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan untuk kebutuhan individual
 - 2) Rencanakan tindakan untuk mengurangi pergerakan pada sisi paha yang sakit, seperti tempatkan makanan dan peralatan dekat dengan klien
Rasionalisasi : klien akan lebih mudah mengambil peralatan yang diperlukan karena lebih dekat.
 - 3) Dukung kemandirian klien dalam berpakaian, berhias, bantu pasien jika diperlukan
Rasionalisasi : menjaga harga diri klien
 - 4) Beri puji atas usaha untuk berpakaian sendiri
Rasionalisasi : dapat meningkatkan harga diri klien, memandirikan klien, dan menganjurkan klien untuk terus mencoba
 - 5) Identifikasi kebiasaan BAB. Anjurkan minum dan meningkatkan latihan
Rasionalisasi : meningkatkan latihan dapat mencegah konstipasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Tn.S, jenis kelamin laki-laki, usia 65 tahun, agama islam, status menikah, pekerjaan buruh, alamat Kelurahan Purwosari, Kecamatan Comal, Kabupaten Pemalang, dirawat di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Pekalongan dengan nomor registrasi 407418, tanggal masuk 12 Januari 2016, jam masuk 20.39 WIB, dengan diagnosa medis *fraktur klavikula sinistra*. Sebagai penanggung jawab, nama Tn.N, jenis kelamin laki-laki, usia 32 tahun, agama islam, status menikah, pekerjaan wiraswasta, hubungan dengan klien adalah anak kandung klien. Tanggal operasi 13 januari 2016, jam operasi 09.10 WIB, dengan diagnosa medis *pasca operasi ORIF K-wire klavikula sinistra*.

Pada tanggal 13 Januari 2016 jam 14.00 WIB, penulis melakukan pengkajian pada klien dan didapatkan data subjektif: klien mengatakan nyeri, *provoking* (P): nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, *region* (R): bahu kiri, *severity* (S): skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul, klien juga mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan ada luka operasi di bahu kirinya. Data objektif: klien tampak menahan nyeri, klien berbaring di tempat tidur, skala aktivitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga), terdapat luka pasca operasi di bahu kiri ± 8 cm, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 102x permenit, suhu 37°C, pernafasan 21x permenit.

Data penunjang yang diperoleh tanggal 12 Januari 2016 hasil laboratorium Lekosit : $6.64 \times 10^3/\mu\text{l}$ (n: 4.80-10.80), Hemoglobin: 11,2 g/dl (n: 14.0-18.0), Eritrosit: $3.90 \times 10^6/\text{mm}^3$ (n: 4.70-6.10), Hematokrit: 34.9 L % (n: 42.0-52.0), MCV 89.50 μm^3 (n: 78-98), MCH: 28.7 pg (n: 25.0-35.0), McHc:

32.10 g/dl (n: 31.0-37.0), Trombosit: 209.000 /mm³ (150.00-450.000), Neotrofil: 70.1 % (n: 50.0-80.0), Limfosit: 15.4 % (n: 25.0-50.0), Monosit: 14.0 % (n: 2.0-8.0), Eosinofil: 0.3 % (n: 0.0-5.0), Basofil: 0.2 % (n: 0.0-2.0), GDS: 93 g/dl (n: 70-140), HbsAg: Negatif, Hasil pemeriksaan foto rontgen terpasang *K-Wire* pada tulang clavikula sinistra dengan kedudukan dan *aligment* baik. Terapi pada tanggal 13-15 Januari 2016 berupa cairan infus RL 20 tetes /menit, injeksi injeksi ketorolac 30 mg/ 8 jam, cefotaxim 1 gr/12 jam, injeksi ranitidin 50 mg/8 jam.

B. Analisa dan Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada tanggal 13 Januari 2015 didapatkan data sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik, ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan nyeri, P: nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: bahu kiri, S: skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, data objektif: klien tampak menahan nyeri, terdapat luka post operasi di bahu kiri.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan aktvititas dibantu oleh keluarga, data objektif: klien berbaring di tempat tidur, skala aktifitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga).
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan ada luka bekas operasi di bahu kirinya, data objektif: terdapat luka post operasi di bahu kiri ± 8 cm, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti tidak panas, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, suhu: 37°C.

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

C. Intervensi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien akan mengalami penurunan rasa nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria: skala nyeri 4, klien tampak rileks, klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi.

Intervensi yang direncanakan oleh penulis antara lain kaji TTV, ajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.

Rasional tindakan adalah untuk mengetahui keadaan umum klien, meningkatkan rasa kontrol dan dapat meningkatkan kemampuan coping dalam manajemen nyeri, mengurangi rasa nyeri, menghilangkan nyeri dan mencegah kesalahan posisi tulang/tegang jaringan yang terkena, dan analgetik diberikan untuk menurunkan nyeri atau spasme otot.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien akan mengalami peningkatan gerak setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria: klien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi, misalnya mengambil makan dan minum sendiri, berjalan ke kamar mandi sendiri.

Intervensi yang direncanakan oleh penulis adalah kaji derajat mobilitas, dorong klien untuk beraktifitas secara mandiri, misalnya ambil minum, ambil makan, instruksikan pasien untuk aktif pada ekstremitas yang sakit dan yang tidak sakit, dan anjurkan klien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

Rasional tindakan adalah pasien mungkin dibatasi oleh pandangan diri atau persepsi dan tentang keterbatasan fisik aktual, memerlukan informasi/intervensi untuk meningkatkan kemajuan kesehatan, memberikan kesempatan untuk mengeluarkan energi, meningkatkan aliran darah ke otot, mencegah kontraktur atau atrofi, dan meningkatkan kekuatan otot dan sirkulasi.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien tidak mengalami infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria: tidak ada tanda – tanda infeksi.

Intervensi yang direncanakan oleh penulis adalah observasi keadaan luka, jaga kebersihan daerah sekitar operasi, ganti balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik, analisa hasil pemeriksaan laboratorium (hitung darah lengkap, LED, kultur dan sensitivitas luka/serum/tulang).

Rasional tindakan adalah tanda perkiraan infeksi, untuk mencegah terjadinya infeksi dan kemungkinan infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka, mencegah terjadinya infeksi oleh mikroorganisme, mengidentifikasi organisme penyebab infeksi.

D. Implementasi

Penulis mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah disusun mulai tanggal 13 Januari 2016: mengukur TTV klien, mengkaji karakteristik nyeri klien, mengatur posisi yang nyaman bagi klien, mendorong klien melakukan aktifitas secara mandiri sesuai dengan kemampuan klien dengan posisi tangan kiri tetap digendong, memberikan obat injeksi sesuai program (injeksi cefotaxim 1 gr iv), dengan respon subjektif: klien mengatakan nyeri, P: nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: bahu kiri, S: skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, klien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk, klien mengatakan takut

untuk bergerak karena tersa nyeri saat gerak. Respon objektif: TD: 130/80 mmHg, nadi 102x/menit, suhu 37°C, Rr: 21x/menit, klien tampak menahan nyeri, posisi klien semi fowler dengan tangan kiri tetap di gendong, klien tampak di bantu oleh keluarga saat beraktivitas seperti duduk, makan, dan minum.

Tanggal 14 Januari 2016 penulis melakukan implementasi melakukan perawatan luka, mengobservasi keadaan luka, memberikan obat injeksi sesuai program (injeksi cetorolac 30 mg iv, ranitidine 50 mg iv, dan cefotaxim 1 gr iv), mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, melatih dan mendorong klien untuk beraktivitas sesuai kemampuan dengan tangan kiri tetap digendong, mengkaji nyeri klien dengan respon subjektif: klien mengatakan terasa perih saat luka di bersihkan, klien mengatakan nyeri terasa berkurang setelah disuntik (cetorolac 30 mg), klien mengatakan mau melakukan cara relaksasi nafas dalam, klien mengatakan akan mencoba untuk beraktivitas dengan tetap menggendong tangan kiri, klien mengatakan nyeri, P: nyeri dirasa betambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk terasa cekot-cekot, R: bahu kiri, S: skala nyeri 6 (sedang) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul. Respon objektif: luka tampak bersih, sedikit basah, tidak ada pus, tidak ada tanda-tanda infeksi, klien tampak berhati-hati dan menahan nyeri saat bergerak, dan tangan kiri di gendong.

Pada tanggal 15 Januari 2016 penulis melakukan implementasi menganjurkan klien melakukan relaksasi nafas dalam, melakukan perawatan luka, mengkaji keadaan luka, memberikan obat injeksi sesuai program (injeksi cetorolac 30 mg iv, ranitidine 50 mg iv, dan cefotaxim 1 gr iv), mengkaji kemampuan mobilitas klien, mengkaji nyeri klien. Dengan respon subjektif: klien mengatakan sudah bisa melakukan relaksasi nyeri dengan nafas dalam, klien mengatakan perih saat luka dibersihkan, klien mengatakan nyeri berkurang setelah $\frac{1}{2}$ jam disuntik (cetorolac 30 mg), klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet, makan , dan minum meski terkadang masih dibantu oleh keluarga, klien mengatakan nyeri berkurang, P: nyeri dirasa betambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri terasa

cekot-cekot, R: bahu kiri, S: skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, dengan respon objektif : luka bersih dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan mandiri, klien tampak sudah ada kemauan untuk beraktivitas dengan tetap menggendong tangan kirinya, klien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas.

E. Evaluasi

Penulis melakukan evaluasi semua tindakan pada tanggal 15 Januari 2016:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P: nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk terasa cekot-cekot, R: bahu kiri, S: skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, O: klien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas, A: masalah nyeri akut belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: Ajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tetap menggendong tangan kiri, dan kolaborasi pemberian analgetik.
2. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. S: klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet, makan , dan minum, O: klien tampak sudah ada kemauan untuk beraktivitas dengan tetap menggendong tangan kirinya, A: masalah hambatan mobilisasi fisik teratasi, P: pertahankan kondisi.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. S: klien mengatakan masih merasa perih saat luka di bersihkan, O: luka bersih, kering, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post operasi, A: masalah resiko infeksi teratasi, P: pertahankan kondisi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai uraian kasus yang diangkat oleh penulis serta kesenjangan yang ada antara konsep teori dengan kondisi di lahan praktik yang terjadi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula sinistra di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. Dalam hal ini, penulis akan memfokuskan pembahasan mulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pelaksanaan pengkajian pada Tn.S dengan pasca operasi ORIF fraktur klavikula sinistra, penulis menggunakan metode pendekatan pola fungsional Gordon, pola ini dapat mencakup seluruh aspek yang didalamnya dapat membantu penulis untuk memperoleh data fokus yang menunjang pada kasus pasca operasi ORIF fraktur klavikula sinistra.

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2016 jam 14.00 WIB dan didapatkan data subjektif: klien mengatakan nyeri *provoking* (P): nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, *region* (R): bahu kiri, *severity* (S): skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul, klien juga mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan ada luka operasi di bahu kirinya. Data objektif: klien tampak menahan nyeri, klien berbaring di tempat tidur, skala aktivitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga), terdapat luka pasca operasi di bahu kiri ± 8 cm, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 102x permenit, suhu 37°C, pernafasan 21x permenit. Pembahasan: hasil dari pengkajian yang ditemukan penulis tanggal 13 Januari 2016 sudah sesuai

dengan apa yang ada di teori. sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakkan diagnosa sebagai berikut: Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik.

Nyeri akut adalah 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 ringan berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015, h. 307).

Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut, berdasarkan data subjektif: klien mengatakan nyeri, dengan karakteristik *provoking* (P): nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, *region* (R): bahu kiri, *severity* (S): skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul. Sedangkan data obyektif yang didapat, yaitu klien tampak menahan nyeri, terdapat luka post operasi di bahu kiri. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas yang utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

Alasan penulis mengangkat diagnosa ini prioritas utama karena pada saat pengkajian keluhan utama klien adalah nyeri. Jika tidak segera ditangani maka akan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh yang lain, seperti gangguan pola tidur, gangguan rasa nyaman, dan gangguan nutrisi yang akan menurunkan daya tahan tubuh dan dapat

memperlambat proses penyembuhan dan akan semakin memperparah keadaan psikologis pasien.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif & Kusuma, 2015, h. 271)

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subjektif: klien mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, data objektif: klien berbaring di tempat tidur, skala aktifitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga). Hal ini merupakan salah satu tanda dari adanya keterbatasan lingkup gerak dan terganggunya fungsi aktivitas.

Hambatan mobilitas fisik penulis jadikan prioritas yang kedua karena diagnosa ini bukan masalah utama. Namun apabila keterbatasan aktivitas tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan tonus otot-otot tubuh klien menjadi kaku.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan agen cidera fisik

Resiko tinggi infeksi adalah suatu keadaan dimana mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (Nurarif & Kusuma, 2015, h. 316).

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data yang mendukung yaitu data subjektif: klien mengatakan ada luka bekas operasi di bahu kirinya, data objektif: terdapat luka post operasi di bahu kiri ± 8 cm , tidak ada tanda-tanda infeksi seperti tidak panas, tidak ada kemerah, tidak ada pembengkakan, suhu: 37°C.

Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka pasca operasi di bahu kiri ± 8 cm. Apabila luka tidak segera

ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan menghambat proses penyembuhan luka karena terjadi infeksi.

Berdasarkan tinjauan teori pada bab II terdapat enam diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus pasca operasi ORIF fraktur clavikula, yaitu :

- g. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
- h. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, adanya penekanan pada kulit dampak sekunder terhadap immobilisasi, pemasangan traksi (pen, kawat, skrup)
- i. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *muskuloskeletal*
- j. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer (kerusakan kulit, trauma jaringan lunak, prosedur invasif/traksi tulang)
- k. Resiko syok (hipovolemik)
- l. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan *neuromuscular*.

Berdasarkan teori dan kenyataan di lahan praktik terdapat perbedaan, ada diagnosa yang tidak muncul pada klien yaitu : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, adanya penekanan pada kulit dampak sekunder terhadap immobilisasi, pemasangan traksi (pen, kawat, skrup), Resiko syok (hipovolemik), Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan *neuromuscular*. Alasan diagnosa tersebut tidak ditegakkan karena dari data-data yang diperoleh pada saat pengkajian tidak ditemukan data-data yang mendukung dimunculkannya diagnosa keperawatan tersebut.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang penulis buat sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.S pada tanggal 13 Januari 2016 adalah sebagai berikut:

- 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien akan mengalami penurunan rasa nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam

dengan kriteria: skala nyeri 4, klien tampak rileks, klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi.

Intervensi yang direncanakan oleh penulis antara lain kaji TTV, ajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik.

Rasional tindakan adalah untuk mengetahui keadaan umum klien, meningkatkan rasa kontrol dan dapat meningkatkan kemampuan coping dalam manajemen nyeri, mengurangi rasa nyeri, menghilangkan nyeri dan mencegah kesalahan posisi tulang/tegang jaringan yang terkena, dan analgetik diberikan untuk menurunkan nyeri atau spasme otot.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien akan mengalami peningkatan gerak setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria: klien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi, misalnya mengambil makan dan minum sendiri, berjalan ke kamar mandi sendiri.

Intervensi yang direncakan oleh penulis adalah kaji derajat mobilitas, dorong klien untuk beraktifitas secara mandiri, misalnya ambil minum, ambil makan, instruksikan klien untuk aktif pada ekstremitas yang sakit dan yang tidak sakit, dan anjurkan klien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

Rasional tindakan adalah pasien mungkin dibatasi oleh pandangan diri atau persepsi dan tentang keterbatasan fisik aktual, memerlukan informasi/intervensi untuk meningkatkan kemajuan kesehatan, memberikan kesempatan untuk mengeluarkan energi, meningkatkan aliran darah ke otot, mencegah kontraktur atau atrofi, dan meningkatkan kekuatan otot dan sirkulasi.

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Tujuan dari diagnosa ini adalah klien tidak mengalami infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria: tidak ada tanda – tanda infeksi.

Intervensi yang direncanakan oleh penulis adalah observasi keadaan luka, jaga kebersihan daerah sekitar operasi, ganti balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik, analisa hasil pemeriksaan laboratorium (hitung darah lengkap, LED, kultur dan sensitivitas luka/serum/tulang).

Rasional tindakan adalah tanda perkiraan infeksi, untuk mencegah terjadinya infeksi dan kemungkinan infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka, mencegah terjadinya infeksi oleh mikroorganisme, mengidentifikasi organisme penyebab infeksi.

D. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan diagnosa keprawatan pada Tn.S pada tanggal 13 Januari 2016 adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri klien, mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi klien, memberikan obat analgetik sesuai program (injeksi cetorolac 30 mg iv).

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif dan mau melakukan teknik relaksasi serta mau di suntik obat analgetik (ketorolac 30 mg/12jam iv). Kelemahannya adalah klien merasa kesulitan untuk menunjukan skala intensitas nyeri yang disarankan, sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi

kelemahan implementasi adalah mengajarkan klien cara menunjukan skala intensitas nyeri dengan skala 0-10.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji derajat mobilitas, mendorong klien melakukan aktifitas secara mandiri sesuai dengan kemampuan klien dengan posisi tangan kiri tetap digendong, misalnya ambil minum, ambil makan, menganjurkan klien untuk aktif pada ekstremitas yang sakit dan yang tidak sakit, dan menganjurkan klien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien masih takut apabila dilatih mobilitas dan kadang mengeluh sakit sehingga dalam melakukan latihan harus dengan pelan-pelan. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memotivasi klien untuk berlatih mobilisasi secara mandiri dan bertahap.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keprawatan di rumah sakit adalah mengobservasi keadaan luka, menjaga kebersihan daerah sekitar luka, melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik, memberikan obat antibiotic sesuai program (cefotaxim 1 gr/12jam iv).

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif pada saat dilakukan perawatan luka serta kondisi lingkungan yang mendukung sehingga tindakan dapat dilakukan dengan lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien mengeluh nyeri saat dilakukan perawatan luka, sehingga memperlambat proses perawatan luka. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan cara nafas dalam, mengalihkan perhatian klien dengan mengajak ngobrol, dan melakukan perawatan luka dengan pelan-pelan.

E. Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: skala nyeri 4, klien tampak rileks, klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi. Pada tanggal 15 Januari 2016 ditemukan data: P: nyeri dirasa betambah berat saat bergerak atau aktivitas, Q: klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk terasa cekot-cekot, R: bahu kiri, S: skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10 skala nyeri, T: hilang timbul, O: klien tampak masih menahan nyeri saat beraktivitas, A: masalah nyeri akut belum teratasi, P: lanjutkan intervensi: Ajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tetap menggendong tangan kiri, dan kolaborasi pemberian analgetik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu: klien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi, misalnya mengambil makan dan minum sendiri, berjalan ke kamar mandi sendiri. Pada tanggal 15 Januari 2016 ditemukan data: S: klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet, makan , dan minum, O: klien tampak sudah ada kemauan untuk beraktivitas dengan tetap menggendong tangan kirinya, A: masalah hambatan mobilisasi fisik teratasi, P: pertahankan kondisi.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu: tidak ada tanda – tanda infeksi yang muncul. Pada tanggal 15 Januari 2016 ditemukan data: S: klien mengatakan masih merasa perih saat luka di bersihkan, O: luka bersih, kering, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post operasi, A: masalah resiko infeksi teratasi, P: pertahankan kondisi.

BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula Sinistra di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Pekalongan selama tiga hari, maka dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Dalam pengkajian pada Tn.S dengan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula Sinistra pada tanggal 13 Januari didapatkan data subjektif: klien mengatakan nyeri, *provoking* (P): nyeri dirasa bertambah berat saat bergerak atau aktivitas, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, *region* (R): bahu kiri, *severity* (S): skala nyeri 8 (berat) dari 0-10 skala nyeri, *time* (T): hilang timbul, klien juga mengatakan belum bisa dan takut menggerakkan tangan dan bahu kirinya karena terasa nyeri saat bergerak, klien mengatakan ada luka operasi di bahu kirinya. Data objektif: klien tampak menahan nyeri, klien berbaring di tempat tidur, skala aktivitas 2 (aktivitas dibantu oleh keluarga), terdapat luka pasca operasi di bahu kiri ± 8 cm, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 102x permenit, suhu 37°C, pernafasan 21x permenit.
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien dengan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula tidak dapat penulis temukan semua. Sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian ada 3 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain : nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik, hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.
3. Perencanaan penulis rumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama.

4. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dialami klien sudah sesuai dengan intervensi.
5. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan dua diagnosa yang berhasil diatasi yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Dan satu diagnosa yang tidak teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan hendaknya menambah literatur yang ada di perpustakaan dengan literatur terbitan baru, sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur. Selain itu institusi pendidikan diharapkan manambah jumlah buku yang ada di perpustakaan, sehingga peserta didik tidak kekurangan literatur saat mencari referensi. Dan diharapkan laporan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan pembelajaran terutama mengenai asuhan keperawatan Pasca Operasi ORIF Fraktur Klavikula.

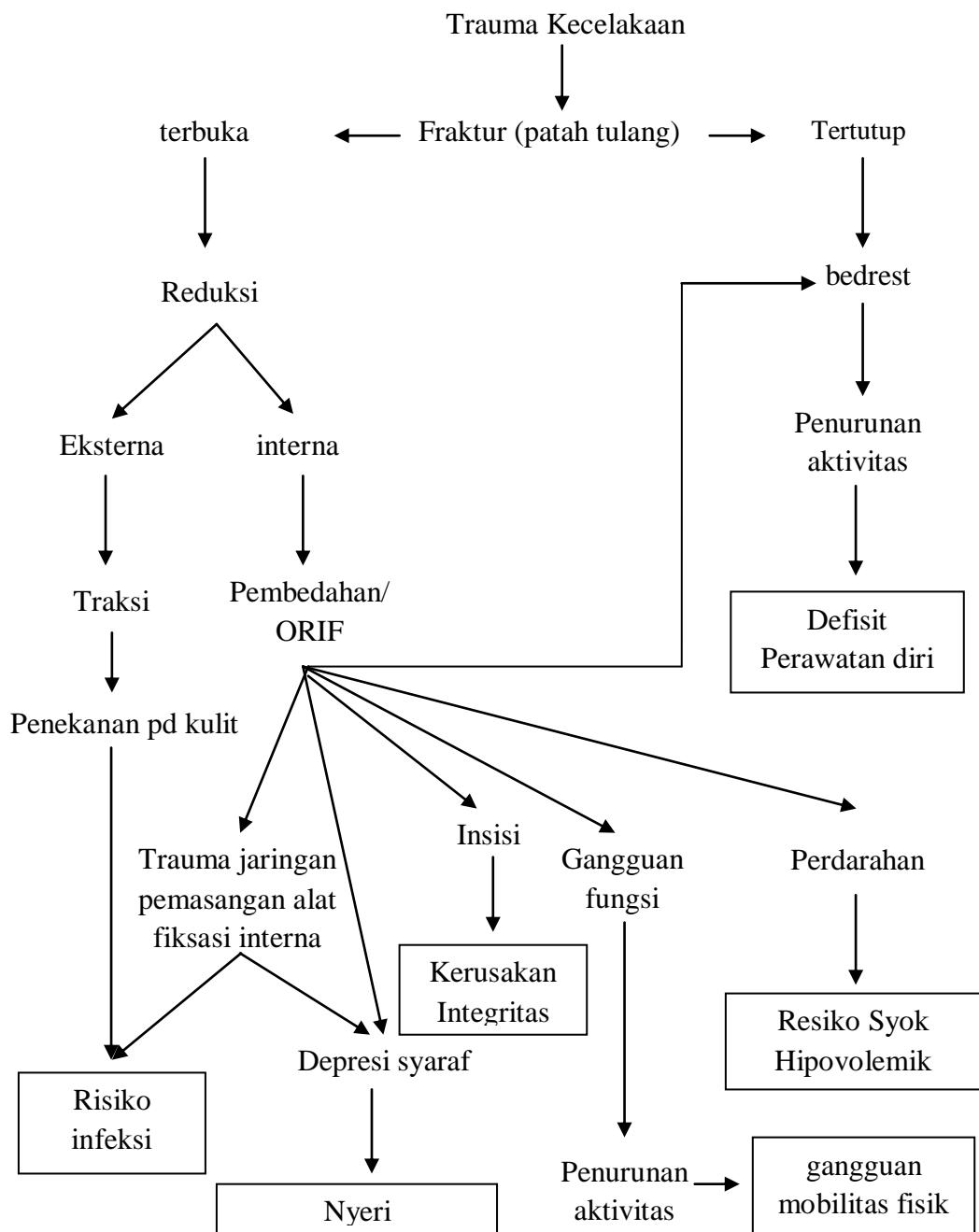
2. Bagi Lahan Praktek

Perlunya peningkatan kerjasama antar petugas dengan klien dan keluarga klien dengan mengikutsertakan klien dan keluarga dalam tindakan keperawatan yang memang dapat melibatkan klien dan keluarga serta menumbuhkan sikap simpati dan murah dari petugas kesehatan dalam rangka peningkatan mutu dan kualitas pelayanan.

3. Bagi Perawat

Dalam melakukan asuhan keperawatan diharapkan mampu melakukannya sesuai dengan kebutuhan klien dan menumbuhkan sikap simpati dengan pendekatan psikologis dalam mengatasi masalah yang dialami klien.

1. Patways



Sumber : (Andra & Yessie, 2013, h. 240)



STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN -PEKALONGAN

Jl. Ambokembang No. 8 Pekalongan 51161 Telp (0285) 423850 Fax. (0285) 785555

Site :www.stikesmuh-pkj.ac.id

SURAT KETERANGAN MAGANG

Dengan ini kami yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Wahadi S.kep

Jabatan : Kepala Ruang Wijaya Kusuma

Menerangkan bahwa :

Nama : Mahlul setiaji

NIM : 13.1676.P

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut telah menyelesaikan magang
Diruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton mulai dari tanggal 11 januari 2016 – 16
januari 2016. Selama magang di RSUD Kraton, Sdr. Mahlul setiaji mempelajari
tentang asuhan keperawatan di ruang Wijaya kusuma dan beberapa hal yang
berhubungan dengan Asuhan Keperawatan Bedah.

Demikian Surat keterangan magang ini kami buat untuk dapat
dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekalongan, Januari 2016



Kepala ruang Wijaya kusuma



**PEMERINTAH KABUPATEN PEKALONGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KRATON**

Jalan Veteran Nomor 31 Pekalongan 51116 Jawa Tengah
Telp. (0285) 421621 - 423523, Faks : 423225 E-mail : rsudkraton@yahoo.co.id

Pekalongan, 15 Januari 2016

Nomor : 423.4 / 015 / 2016 Kepada Yth.
Lamp : Kepala Instansi PM
Perihal : Penghadapan Mahasiswa RSUD Kraton Kab. Pekalongan

Dasar Disposisi Direktur RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tanggal 12 Januari 2016 perihal Permohonan Praktik Mandiri untuk mengambil Kasus KTI, sehubungan hal tersebut dengan ini kami hadapkan:

Nama/ NIM : 1. Tomi Adetya/ 13.1704.P
 2. Mahlul Setiaji/ 13.1676.P
 3. Bagus Purnama/ 13.1644.P
 4. Muamarudin/ 13.1632.P
Pendidikan : D3 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan
Tujuan : Pencarian Data untuk mengambil Kasus KTI

Mohon bantuan Saudara agar Pengambilan Data tersebut dapat difasilitasi dan berjalan sebagaimana mestinya.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD KRATON
KABUPATEN PEKALONGAN
Wadir Administrasi Umum Dan Keuangan
Kabag Administrasi
Ub. Kasubag Pengawahan dan Diklat



ASUJAN KEPERAWATAN PADA T.N.S DENGAN PASCOPERASI ORIF
FRAKTUR CLAVICOLA SINISTRA DI RANGG WISAYA KOSONIA
RSUD KRATON KABUPATEN PEKALONGAN

Dilakukan oleh :
Mahasiswa
13.1676.P

PRODI D III KEPERAWATAN
STIKES MULYARINIADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN PASCA OPERASI ORIF
FRAKTUR CLAVICULA SINISTRA DI RUANG WIJAYA KUSUMA
RSUD KRATON KABUPATEN PEKALONGAN

A. PENGKASIAN

1. Riwayat Keperawatan

Tanggal Masuk : 12 Januari 2016
Jam masuk : 20.39 WIB
No Register : 407410
Ruang /Kamar : Wijaya Kusuma 13.2
Tanggal Pengkajian : 13 Januari 2016
Jam Pengkajian : 14.00 WIB
Diagnosa medis : Fraktur clavicula sinistra
Tanggal operasi : 13 Januari 2016
Jam operasi : 09.10 WIB

2. Biodata

a. Biidata klien

Nama : Tn. S
Umur : 65 tahun
Agama : Islam
Status : Nikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh
Suku : Jawa Indonesia
Alamat : Kel. Purwosari Kec. Cemal, Pekalongan

b. Biidata penanggung jawab

Nama : Tn. M
Umur : 32 tahun
Agama : Islam
Status : Nikah
Pekerjaan : Wirausaha
Hubungan dengan klien : Anak bandung
Alamat : Kel. Purwosari, Kec. Cemal, Pekalongan

3. Pola Fungsional Gordon

a. Riwayat koperawatan untuk pola persepsi keselamatan - penanganan keselamatan

1) Keluhan Utama

DS: Klien mengalami nyeri

P: saat bergerak / aktivitas

Q: seperti tertusuk

R: batu kiri

S: 8 (berat) dari skala 1-10

T: hilang timbul

2) Riwayat penyakit dahulu

DS: Klien mengalami pernah mengalami penyakit amandel pada tahun 1983.

3) Riwayat penyakit sekarang

DS: Klien mengalami mengalami kesulitan motor

karena menghindari kendaraan lain pada tanggal 12 Januari 2016, kemudian di Bawa ke ruang kraton.

Pada saat pengkajian pada tanggal 13 Januari 2016 jam 14.00 wib didapatkan data: klien mengalami nyeri P: saat bergerak / aktivitas Q: seperti tertusuk,

R: batu kiri, S: 8 (berat) dari skala 1-10, T: hilang - timbul, klien mengalami takut untuk bergerak

karena terasa nyeri saat gerak, klien mengalami aktivitas di lantai oleh keluarga,

DO: Terdapat luka post operasi pada batu kiri ± 8 cm, klien tampak memahami nyeri. Klien tampak berbaring di tempat tidur, TD: 120/80 mmHg, Madi 102 x /menit, suhu 37°C, RR: 21 x /minit.

4) Riwayat kesehatan keluarga.

Genogram:

Keterangan :

- : Laki-laki
- : perempuan
- ✗ : meninggal
- ▢ : klien
- : tinggal serumah

DS : klien mengatakan dalam keluarganya ada anggota keluarga yang menderita penyakit Hipertensi dan Diabetes mellitus, saat ini klien tinggal serumah dengan istri dan dua anak perempuannya.

5) Riwayat keselatan lingkungan

DS : klien mengatakan kondisi lingkungan tempat tinggalnya bersih, rumohnya sendiri di Garisik, terdapat ventilasi udara, toilet bersih, dan tempat pembuangan sampah di depan rumah.

6) Riwayat pencegahan sindiran medis/gigi

PS : klien mengatakan pasang gigi pada saat gigi hanya minum obat yang dibeli di warung.

7) Riwayat prosedur bedah

DS : klien mengatakan belum pernah menjalani operasi sebelumnya.

8) Riwayat penyakit anak-anak

DS : klien mengatakan pada masa anak-anak hanya pernah menderita penyakit biasa seperti batuk, flu, dan demam.

9) Riwayat imunisasi

DS : klien mengatakan tidak tahu atau lupa.

10) Riwayat alergi

DS : klien mengatakan tidak mempunyai alergi, baik alergi makanan, obat, maupun cuaca.

11) Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS : klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan buruk yang mengganggu kesehatannya. Rokoknya merupakan, minum alkohol, begadang ds.

12) Riwayat sosial

DS : klien mengatakan hubungan dengan lingkungan tempat tinggalnya baik, klien sering berkumpul dan

mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat, serta
hubungan klien dengan keluarga harmonis

13) Personal hygiene

Ds:

	Sebelum salat	Selama salat
Mandi	2x sehari	1x sehari dg waslap
Gosok gigi	2x sehari	belum
Cuci rambut	jika ketar	belum
Potong kuku	tidak tentu	belum
Ganti pakaian	2x sehari	1x sehari

b. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi - metabolisme

Ds:

	Sebelum salat	Selama salat
Makan pagi	8 porsi	1 porsi
Makan siang	1 porsi	1 porsi
Makan malam	1 porsi	1 porsi
Kudapan	tidak tentu	-
Nirum	± 6 gelas	± 5 gelas
DO: Tinggi Badan	160 cm	160 cm
Berat Badan	55 kg	55 kg.

c. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Ds:

Sebelum salat

	BAK	BAB
frekuensi	± 5 x/hari	Frekuensi : 1 x/hari
Jumlah urine	-	Jumlah feses : -
Warna	kuning khas	Warna : kuning khas
Bau	khas urine	Bau : khas feses

Selama Salat

	BAK	BAB
frekuensi	± 9 x/hari	frekuensi : 1 x/hari
Jumlah urine	-	Jumlah feses : -
Warna	kuning	Warna : kuning khas
Bau	khas urine	Bau : khas feses
Masalah	-	Masalah : -

- d. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan
- DS: Klien mengatakan aktivitas dibantai oleh keluarganya, klien mengatakan nyeri berfokus saat bergerak, dan klien tidak bergerak karena terasa nyeri jika bergerak.
- DO: ciri-ciri tampak berbaring tetap/tidur
Stilah aktivitas 2 (ambilan oleh keluarga).
- e. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat-tidur.
- DS:
Selama Sabtu
- Tidur siang : ± 2 jam
Tidur malam : ± 5 jam
Kehilangan : -
- DO: tidak ada lingkar gelap dibawah kelopak mata.
- f. Riwayat keperawatan untuk pola kognitif-perseptual
- DO: Penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa pusing bicara serta pengambilan keputusan klien baik tanpa gangguan.
- DS: klien mengatakan tidak ada masalah pada penglihatan, pendengaran, penciuman dan ingatananya.
- g. Riwayat keperawatan untuk pola konsep diri
- 1) Siap terhadap diri: Baik
 - 2) Dampak sifat terhadap diri : tidak dapat beraktivitas
 - 3) keragiman untuk mengibaratkan diri : klien ingin cepat sebutul
 - 4) Gugup / risih : Pada
 - 5) Postur tubuh : Ideal
 - 6) kontak mata : Adu
 - 7) Ekspresi wajah : Cemas
- h. Riwayat untuk pola peran dan hubungan
- DS: klien mengatakan dalam keluarga berperan sebagai kepala keluarga, karena satunya klien tidak dapat beraktivitas / bekerja, hubungan alien dengan keluarga baik.
- i. Riwayat keperawatan untuk sekuleritas dan reproduksi
- DS: klien mengatakan memiliki satu orang istri dan 6 orang anak, anak laki-laki 3 dan 3 anak perempuan.
- j. Riwayat keperawatan untuk coping / toleransi stress.
- 1) Stressor : Rasa sakit
 - 2) Metode coping yang digunakan : Doa dan berobat
 - 3) Sistem pendukung : Keluarga

- 4) Efek penyakit terhadap tingkat stress : klien merasa cemas
 5) Ekspresi : Cemas
- k. Praktik keperawatan untuk nilai / kepercayaan
- 1) Agama : Islam
 - 2) Kegiatan keagamaan : klien mengatakan sebelum sakit menjalankan ibadah dengan rifin, namun setelah sakit dan berawat klien belum menjalankan ibadah sholat.

4 Pemeriksaan Fisik

Data Objektif

Keadilan umum :	Batu
Kesadaran :	Compos mentis
Tahanan dilarah :	130/80 mmHg
Suhu :	37 °C
Kardi :	102 x/menit
RR :	21 x/menit
BB setelah sakit :	55 kg
TB :	160 cm.

Pemeriksaan fisik Head to Toe

1) Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala bulat, tidak ada lesuha, tidak ada adanya perdarahan, tidak ada benjolan.

Palpasi : tidak ada nyeri telan.

2) Mata

Inspeksi : mata lengkap dan simetris, tidak ada oedem, tidak ada luka, bulu mata tidak rontok, konjungktiva an anemis, pupillotikor.

3) Leher

Inspeksi : Bentuk leher simetris, tidak ada peradangan, tidak ada pembesaran leher jantung briosi, posisi trachea simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : tidak ada massa / benjolan.

4) Telinga

Inspeksi : Benteng, ukiran, dan warna telinga baik normal, tidak ada peradangan, tidak ada perumpulan serumen, dan tidak ada perdarahan

8) Hidung

Inspeksi dan palpasi: Tidak ada perdarahan, tidak kotor, tidak ada pembengkakkan, tidak ada pembesaran/polip, tisu hidung lurus.

Ciri ketajaman pencernaan: dengan menggunakan rangsangan ben-benan: bauan benar sama.

9) Mulut

Inspeksi: tidak ada kelainan kongnenital (labiofisis, palatosisis, atau labiopalatosisis), tidak ada lesi, bibir tidak pecah. Gigi: dalam gusi bersih, tidak ada perdarahan, tidak ada abses.

10) Kelenjar

Inspeksi: warna kulit rata, sebalapat telan post op pada batu kiri.

Palpasi: teleskop halus, turgor leher baik, tebal subkutan tipis, nyeri telan pada dorongan batu kiri, tidak edem.

11) Puluhan

Inspeksi: Bentuk thorax normal chest, bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot pectoralis pernafasan, tidak ada pernapasan cupang hidung, tidak ada cyanosis, tidak batuk.

Palpasi: pencitraan takib/vocal fremitus getaran antara hanan dan kiri teraba sama.

Perkusii: terdengar suara pedal area paru

Auskultasi: Suara respires bersih, suara neapun terdeengar normal, tidak ada suara tambahan (whistling, Ronchi, rales, etc).

12) Jantung

Inspeksi: tefas cordis (-)

Palpasi: palpasi pedal berjalan searah firaga kaki/normal, tidak ada nyeri telan

Perkusii: tidak ada pertambahan jantung

Basis atas: os II, bawah os V, kiri os V Nid Claviculo sinistra, kanan os IV Nid sternalis destra.

Auskultasi: suara jantung terdeengar normal,

terdeengar suara jantung idamz bip-bip, tidak ada bunyi jantung tambahan.

10) Perut

Inspeksi: Belatuk abdomen distar, tidak ada massa /benjolan,
Auskultasi terdengar bising dadas 27x/menit,
Palpar: tidak adanya reperi sekan, tidak ada
massa /benjolan,
Perkus: + tympani.

11) Elektremitas

Inspeksi: Otot antara kanan dan kiri simetris,
terdapat fraktur pada clavicula 8 cm fra,
lukas post op tertutup pertulang bertulang ± 8 cm.



1 Prosedur diagnostik dan laboratorium

a. Pemeriksaan darah rutin

Tanggal pemeriksaan : 12 Januari 2016

Jam : 21.40 WIB

Hasil

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai referikan
HEMATOLOGI			
LED	11	mm/gam	20.0 - 30.0
Darah rutin			
Lekosit	6.64	10 ³ /ul	4.80 - 10.80
Eritrosit	4.3.90	juta/mm ³	4.70 - 6.60
Hemoglobin	11.2	g/dl	14 - 18
Hematokrit	34.9	%	42.0 - 52.0
MCV	89.50	um ³	78.00 - 98.00
MCH	28.70	pg	28.0 - 38.00
MCHC	32.10	g/dl	31.0 - 37.60
Trombosit	209.000	1mm ³	150.000 - 450.000
Diff Count			
Neotrofil	70.1	%	50.0 - 80.0
Limfosit	15.4	%	25.0 - 50.0
Monosit	14.0	%	2.0 - 8.0
Eosinofil	0.3	%	0.0 - 5.0
Basofil	0.2	%	0.0 - 2.0
Golongan darah			
Rhesus	Positif		
Waktu perdarahan	3	menit	2 - 3
Waktu pembekuan	4'30"	menit	3 - 7
KIMIA CLINIK			
Glikosa sewaktu	93	g/dl	70 - 140
Jam 21.30 WIB			
HIRO IMU KOGOPI			
HBs Ag	Negatif		

b. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal pemeriksaan : 13 Januari 2016

Hasil : terpasang kure pada clavicularis
sinistra dengan kedudukan dan
alignement baik.



2. Medical Management

a. IV, O₂ therapy

Medical Management	Tanggal terapi	Penjelasan	Indikasi	Respon Pasien
Infus RL		Oksigen	dosis tetapan	es:
20 kkes / mett	13 Januari 2016	Untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat	Mencegah dehidrasi dan nersgofasi	o2 gas mengalir lalu nyaman
			keturenagan	OB : tidak merasa
			caraan klimat	tanpa - tanda
			Cdetidrasi	detidrasi

b. Obat - Obatannya

Nama Obat	Tanggal terapi	frekuensi	Cara kerja dan fungsi obat.	Respon
Inj. Ceforotec (IV)	12/01/2016	30 mg/8 jam	sebagai analgetik yang berkerja pada spt yang mengurangi/mengatasi nyeri sensasi nyeri	es : leluu mengatakan berlirang
Inj. Ranitidine (IV)	12/01/2016	50 mg/8 jam	Melentrolitik agar luar - bung sehingga dapat mengurangi nyeri lambung	es : leluu mengatakan nyeri perut berlirang
Inj. Cefotaxim (IV)	13/01/2016	1gr /12 jam	sebagai antibiotik yang berfungsi untuk mencegah atau mengatasi infeksi.	OB : tidak ada tanpa infeksi yang dihasilkan.

c. Diet

Jenis Diet	Tanggal terapi	Penjelasan	Indikasi	Makan Spesifik	Respon
Cumak (TKTP)	13/01/2016	Diet TKTP	Memenuhi kalorinya	Bubur	es : leluu
tinggi		berfungsi kebutuhan	dan telur/ protein	dan telur/ protein	mengatakan menghabis
kalori		Untuk memenuhi kalori dan protein	daging		lalu pasi
tinggi		kebutuhan	guna menu	serta	
protein		kalori dan protein tinggi	percepat	sayur	malas.
		protein klimat	penyerabahan		



B. PENGELUARAN DATA

1. Data Subjektif

- klien mengalukan nyeri
- o saat beraktivitas / bergerak
- q : seperti terbakuk - tsibuk
- R : bahu kiri
- s : B (berat) dari skala 1-10
- t : hilang timbul
- klien mengalukan rasa nyeri untuk bergerak karena terasa nyeri saat gerak.
- klien mengalukan aktivitasnya dibantu oleh keluarga
- klien mengalukan nyeri pada luka post operasi (bahu kiri)

2. Data Objektif

- klien tampak menahan nyeri
- terdapat luka post operasi pada bahu kiri : 8 cm
- klien tampak berbaring di tempat tidur
- Skala aktivitas 2 (dibantu oleh keluarga)
- Suhu : 37°C
- TO : 130 / 80 mmHg
- Hadi : 102 x / menit
- RR : 21 x / menit



C. ANALISA DATA

Data	Problem	Etiologi
OS : - klien mengatakan nyeri P : saat bergerak / aktivitas Q : sepih - tertutup terusuk R : batu kiri S : 8 (berat) dari skala 1-10 T : bilaang pembul	Nyeri Akut	Agen Oksida fisik
OO : - klien tampak menahan nyeri - terdapat leka post operasi pada batu kiri ± 8 cm		
OS : - klien mengatakan rasa nyeri untuk bergerak kara terasa nyeri saat gerak - klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga	Hambatan mobilitas	Gangguan musku lo-fisik skeletal.
OO : - klien tampak berbaring decaupas p-deer - stetos alivititas 2 (dibantu oleh keluarga)		
OS : - klien mengatakan nyeri Pada lelu post operasi (batu kiri).	Retiho Infeksi	Prosedur Invasif
OO : - terdapat leka post operasi di batu kiri ± 8 cm - suhu : 37°C		

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Oksida fisik
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan musku lo-fisik skeletal
3. Retiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Invasif.

E. INTERVENSI				
Tgl	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
13/1 2016	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri tetapi dapat berkurang dengan kriteria hasil : Skala nyeri 4, bila nyeri tetapi, bila nyeri tetapi menurunkan frekuensi cara relaksasi.	1. Raja RTU 2. Ajarkan teknik relaksasi sisi nyeri nafas dalam bila nyeri 3. Atur posisi yang nyaman bagi bila nyeri 4. Perbaikan posisi bila dengan titik banting 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberi an analgesik.	1. untuk mengelakkan keadaan minum ulen 2. meningkatkan rasa nyaman bila nyeri dapat mengalihkan keadaan peran kepada lokasi managemen nyeri. 3. Mengurangi rasa nyeri dan menghalau nyeri dan mengelakkan paha tulang/tengangan jari-jari yg terlepas. 4. menghalau nyeri dan mengelakkan paha tulang/tengangan jari-jari yg terlepas. 5. untuk menurunkan nyeri dan spasme otot.
13/1 2016	Hambatan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam bila akhirnya beraktivitas secara mandiri tanpa dengar critera hasil : ketika manusia merasa jauh dari mobilitas pada tingkat yang patting tinggi misalnya mengambil alih dua minum sendiri, berjalan-jalan, dan mandi sendiri.	1. Raja dapat mobilitas 2. Dorong bila untuk meningkatkan keadaan keselamatan 3. instruksikan bila untuk mengalihkan energi 4. Anjurkan bila untuk mengelakkan aliran darah ke otot 5. Anjurkan tidur yang nyaman sepanjang jam.	1. memberikan informasi / interaksi untuk meningkatkan keadaan keselamatan 2. memberikan kesempatan tanpa batas untuk menyediakan energi 3. Meningkatkan aliran darah ke otot 4. Mengelakkan kontraktur, atrofi dan meningkatkan keadaan otot dan sirkulasi.
13/1 2016	Rosak Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam bila tidak ada meningkatnya infeksi. Dengarkan kriteria : rosak atau tanda-tanda infeksi yang kurang	1. Observasi keadaan luka infeksi periferik infeksi 2. Jaga kebersihan daerah luka setiap kali posisi 3. Gunting balutan dengan teknik asipik dan antisipik 4. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik	1. Untuk mengelakkan infeksi 2. Untuk mencegah infeksi 3. Mencegah terjadinya infeksi dan kerusakan 4. Diberikan untuk mencegah infeksi.

Tgl/jam	No Px	Tindakan perawatan	Respon klien	Paraf
13/11 2016 14.00	1	- Mengukur TTV - Mengatur posisi yang nyaman bagi klien - Menulis nyeri klien	S : - klien mengatakan nyaman dengan posisi semi Fowler (setengah duduk) - klien mengatakan nyeri P : saat bergerak / aktifitas Q : seperti terpusuk / rusuk R : bahu kiri S : B (berat) dari skala 1-10 + hilang timbul O : - TP : 120/80 mmHg, N : 102 x menit Suhu : 37°C, PR : 21 x menit - klien tampak berbaring dengan posisi semi Fowler - klien tampak merasakan nyeri	<i>JK</i>
14.35	2	- Mengalih alih posisi klien - Memberikan obat-obatan pada klien untuk beraktivitas secara mandiri sesuai dg kemampuan dengan posisi tersebut kiri klap digendong	S : - klien mengatakan tidak bergerak karena rasa nyeri saat gerak - klien mengatakan aktivitas dibantu oleh kebaangan O : - klien tampak berbaring ditampung tidak secara aktivitas 2 (dibantu oleh kebaangan).	<i>JK</i>
16.50	3	Ambilkan obat injeksi sesuai program (cefotatum lgr UV)	S : klien mengatakan agak perih saat letakkan injeksi O : tidak ada tanda infeksi	<i>JK</i>
14/1 2016 07.30	3	- Melakukan perawatan luka/mengantik balutan - mengobservasi keadaan luka.	S : klien mengatakan nyeri saat dilakukan perawatan luka O : area tampak bersih. tidak ada peris, dan tidak ada tanda infeksi lain.	<i>JK</i>

07.50	1	Mendarikan nejeri • Injeksi Cefotaxime 30 mg IV, 3 Myelox Ranitidine 50 mg IV, dan Myelox Cefotaxime 1 gr IV.	S: - klien mengatakan nejeri berkurang O: - klien menyatakan tidak nyeri perut P: - klien tampak masih menahan nejeri saat bergerak R: - tidak ada tanda infeksi yg nampak.	H
10.40	2.	- Mendorong klien untuk beraktivitas sejauh dg kemampuan yg ada. - Mengintervikasi klien untuk aktif mempergerakkan seluruh bagian tubuhnya yg masih dalam posisi tetap. - Mengintervikasi klien untuk memperbaiki posisi pada yang dipakai sejak 2 jam	S: - klien mengatakan sejauh mungkin bergerak karena batas kiri nya terasa nyeri. O: - klien tampak memerlukan asupan air yg cukup. P: - klien tampak memerlukan kesalutan saat bergerak / merubah posisi.	H
13.10	1	Mengalami tingkat nyeri klien	S: klien mengatakan nyeri berkurang O: - klien tampak beraktifitas P: seperti tertatih-tatih, cekot-cekot R: Batas kiri S: G dari skala 1-10. T: hilang. sembilan	H
15/11	2016	relaksasi nyeri (nafas dalam)	O: klien tampak nampak meredakan respiration diairgah nafas dalam dan dalam menengahnya	H
07.15	3	Melakukan perawatan luka / gant banting luka.	O: klien tampak nampak meredakan respiration diairgah nafas dalam dengan leluu.	H
07.25	3	Melakukan perawatan luka / gant banting luka.	S: klien mengatakan nyeri saat luka di bersihkan O: tidak ada tanda-tanda infeksi, luka bersih dan kering.	H



08.18	1	Mendekarkan terapi Injeksi Cefotaxime 30mg N, injeksi Ranitidine 50 mg IV, dan hy. Cefotaxime 1gr IV.	S : - klien mengatakan ayah sedku- rang setelah ½ jam di injeksi. - klien mengatakan sudah tidak nyeri perut
	3		O : - klien masih tetap merasakan nyeri.
10.10	2	Mengalami kramik pada kiri ginjal klien Mengalirkan air urin tetap menggigil tangan kiri saat beraktivitas	S : - klien mengatakan sudah ada air bergairah toilet, duduk, urin, dan minum meski masih dibantu oleh kebaaga
			O : - klien tetap adalah ader kecemasan sentiasa beraktivitas. dengan tetap menggigil tangan kiri
13.05	1	Mengalami nyeri klien	S : - klien mengatakan masih nyeri. P : Saat bergerak / aktivitas Q : seperti setelah fasuk R : baku kiri S : 5 (Cedang) dari skala 1-10 T : hilang fungsinya
			O : klien tetap masih , masih merasakan nyeri saat beraktivitas



EVALUASI

Tanggal	No DR	Catatan Perkembangan (S O A P)	Pasap
13 Januari 2016	1.	<p>S : Ibu mengatakan nyeri</p> <p>P : Saat bergerak aktivitas</p> <p>O : seperi pernafas. susah</p> <p>R : Galur kiri</p> <p>S : 8 (Berat) skala 1-10</p> <p>T : hilang - timbul</p> <p>O : Ibu tampak menahan nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik rileksasi nyeri akut dalam - Atur posisi yang nyaman bagi ibu - kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik 	X
	2.	<p>S : Ibu mengatakan aktivitas sehari-hari keluarga.</p> <p>O : Ibu mengatakan takut bergerak karena rasa nyeri saat gerak</p> <p>R : Ibu tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>S : Skala aktivitas 2 (Bantuan oleh keluarga)</p> <p>A : Masalah kambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong ibu untuk aktif secara mandiri - Intruksikan untuk aktif pada akhirnya yang sedikit dan tidak sakit. - Ajarkan ibu mengatur posisi tidur yang nyaman setiap 2 jam. 	X
	3	<p>S : Ibu mengatakan nyela post operasi rasa nyeri</p> <p>O : - felati edemas operasi orto clavicularis sinistra, tetapi ada luka post operasi ± 8 cm pada galur kiri.</p>	X



1		<p>A : Masalah resto infeksi belum teratasi P : Lanjutan Intervensi - observasi keadaan luka - juga keberikan darah seluruh luka post operasi - gunakan balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik - kolaborasi dengan polter pekerjaan antibiotic</p>
14 Januari 2016	1	<p>S : Klien mengatakan masih nyeri P : Saat bergerak / aktivitas Q : sepele - festusule - tuluk R : bahan luka S : ♂ (Seorang) dari stada 1-10. T : lidung trimbul.</p> <p>O : klien tampak memalih nyeri saat bergerak</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutan Intervensi - Apakah klien untuk mencuciannya kerik - teleksasi nafas dalam saat nyeri pimbal, - Apakah klien untuk mengatur posisi yang nyaman - kolaborasi pekerjaan aseptik</p>
	2.	<p>S : klien mengatakan masih untuk bergerak luarca bahu kirinya terasa nyeri - klien mengatakan akan mencoba untuk beraktifitas</p> <p>O : klien tampak morintik kesalitan saat bergerak / aktifitas posisi.</p> <p>A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutan intervensi - intruksikan klien untuk aktif pada aktifitas yang sakit dan tidak sakit - Apakah klien untuk aktifitas secara mandiri sesuai kemampuan.</p>

3. 5 : klien mengalihkan nafas gaaf
diakibatkan perawatan luka
- O : luka tampak betis. tidak ada pus,
demi selain ada tanda infeksi lain.
- A : masalah resiko infeksi belum teratasi
- P : lanjutkan Intervensi
- fayor kebersihan derajat luka
 - Cuci Galiran dengan teknik aseptik
dan antisepik
 - kolaborasi, pemeliharaan antibiotik

15 Januari 1 5 : klien mengalihkan nafas suami

2016

P : suar bergerak / aktivitas

Q : seperti tertutup - tertutup

R : darrati bahu kiri

S : S (sebagian) dari skala 1-10

T : tulang tembul

O : klien mampu mendemonstrasikan
wlang teknik odontasi nafri nafas dalam
- klien tampak lebih rileks

A : masalah nafri akut belum teratasi

P : lanjutkan Intervensi

- Anjuran klien untuk dengan

pasir gunung ayam

- kolaborasi pemeliharaan analgesik.

2. 5 : klien mengalihkan sudah berjalan ke toilet,
duduk - makan, dan aktivitas meski
masih deaktivitas oleh beberga

O : klien tampak sudah ada kemauan
untuk beraktivitas

- Skala aktivitas 2 (dapat beberga)

A : Masalah kankatan mobilitas masih
teratasi

P : perbaikkan kondisi



S: Gairi mengatakan sejati saat
lidah dibersihkan

O: tidak ada tanda-tanda infeksi;
kulit bersih dan kering

A: Masalah resiko infeksi teratasi

P: pertahankan kondisi