

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PASCA OPERASI ORIF FRAKTUR KLAVIKULA 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 kehadiran 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 Penguji I Karya Tulis Ilmiah.
4. Firman Faradisi, M.N.S selaku Penguji 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 tuberkulosis. 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 survey 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 disebabkan 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. *Cardiac Out Put* (COP) menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan proliferasi 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 anatomis. 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 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* (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 direabsorpsi dan sel tulang baru

secara perlahan mengalami *remodeling* untuk membentuk tulang sejati. Tulang sejati menggantikan kalus dan secara perlahan mengalami kalsifikasi. Penyembuhan memerlukan waktu beberapa minggu sampai beberapa bulan (fraktur pada anak sembuh lebih cepat). Penyembuhan dapat terganggu atau terhambat apabila hematoma fraktur atau kalus rusak sebelum tulang sejati terbentuk, atau apabila sel tulang baru rusak selama kalsifikasi dan pengerasan (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 klavikula di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi ORIF fraktur klavikula 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 (*outtretched 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 (*outtretched 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 traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang 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 osteomielitis : 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 cedera 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 proliferasi 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* perawatan

*Patways* perawatan 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 interstisial 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 simpatis 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 anatomis. 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 peningkatan 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 lain.

Infeksi. Infeksi merupakan resiko pada setiap pembedahan. Infeksi merupakan perhatian khusus terutama pada pasien pasca operasi ortopedi karena tingginya risiko osteomilitis. Maka antibiotik sistemik profilaksis sering diberikan selama preoperatif dan segera pada periode pasca operasi. Perawat mengkaji respons pasien terhadap antibiotik tersebut. Saat mengganti balutan dan menggunakan alat untuk mengeringkan cairan, teknik aseptik sangat penting. Perawat memantau tanda-tanda vital, menginspeksi 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 muskuloskeletal (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 cedera, *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 cedera 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 cedera fisik (Nanda, 2013, h. 314).

NOC (*Nursing Outcomes Clasification*) : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri klien terkontrol atau dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik 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 Clasification*) :

- 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 tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.  
Rasionalisasi : hal ini membantu klien untuk mengurangi nyeri
- 4) Ajarkan pada pasien tehnik 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 menunjukkan 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 Classification*) :

- 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/abrasi 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 Clasification*) : 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 penngkatan mobilitas fisik
- 3) Klien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

NIC (*Nursing Intervention Clasification*) :

- 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) Dampingi 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 invasif/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 functio laesa*)
- 3) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- 4) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 5) Menunjukkan 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 ke jantung

- 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 Classification*) : setelah dilakukan tindakan 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 Classification*) :

- 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 pujian 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 Pematang Sari, 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  $\pm$  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 :  $6.64 \times 10^3/\text{ul}$  (n: 4.80-10.80), Hemoglobin: 11,2 g/dl (n: 14.0-18.0), Eritrosit:  $3.90 \times 10^6/\text{mm}$  (n: 4.70-6.10), Hematokrit: 34.9 L % (n: 42.0-52.0), MCV  $89.50 \text{ um}^3$  (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 /mm<sup>3</sup> (150.00-450.000), Neutrofil: 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 *alignment* 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 cedera 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 aktivitas 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 cedera fisik.

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

### **C. Intervensi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera 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/tegangan 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 ceforolac 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 (ceforolac 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 bertambah 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 ceforolac 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 ½ jam disuntik (ceforolac 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 bertambah 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 cedera 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 tehnik 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 (aktifitas dibantu oleh keluarga), terdapat luka pasca operasi di bahu kiri  $\pm$  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 cedera fisik, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, dan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

### **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera 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 muskuloskeletal

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 cedera 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  $\pm$  8 cm , tidak ada tanda-tanda infeksi seperti tidak panas, tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, suhu: 37°C.

Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka pasca operasi di bahu kiri  $\pm$  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 cedera 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 cedera 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 koping dalam manajemen nyeri, mengurangi rasa nyeri, menghilangkan nyeri dan mencegah kesalahan posisi tulang/tegangan 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 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 cedera fisik

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

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif dan mau melakukan tehnik 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 memotifasi klien untuk berlatih mobilisasi secara mandiri dan bertahap.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengobservasi keadaan luka, menjaga kebersihan daerah sekitar luka, melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik, memberikan obat antibiotik 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 cedera 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 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 tehnik 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 (aktifitas dibantu oleh keluarga), terdapat luka pasca operasi di bahu kiri  $\pm$  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 cedera 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 muskuloskeletal, 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 menambah 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.

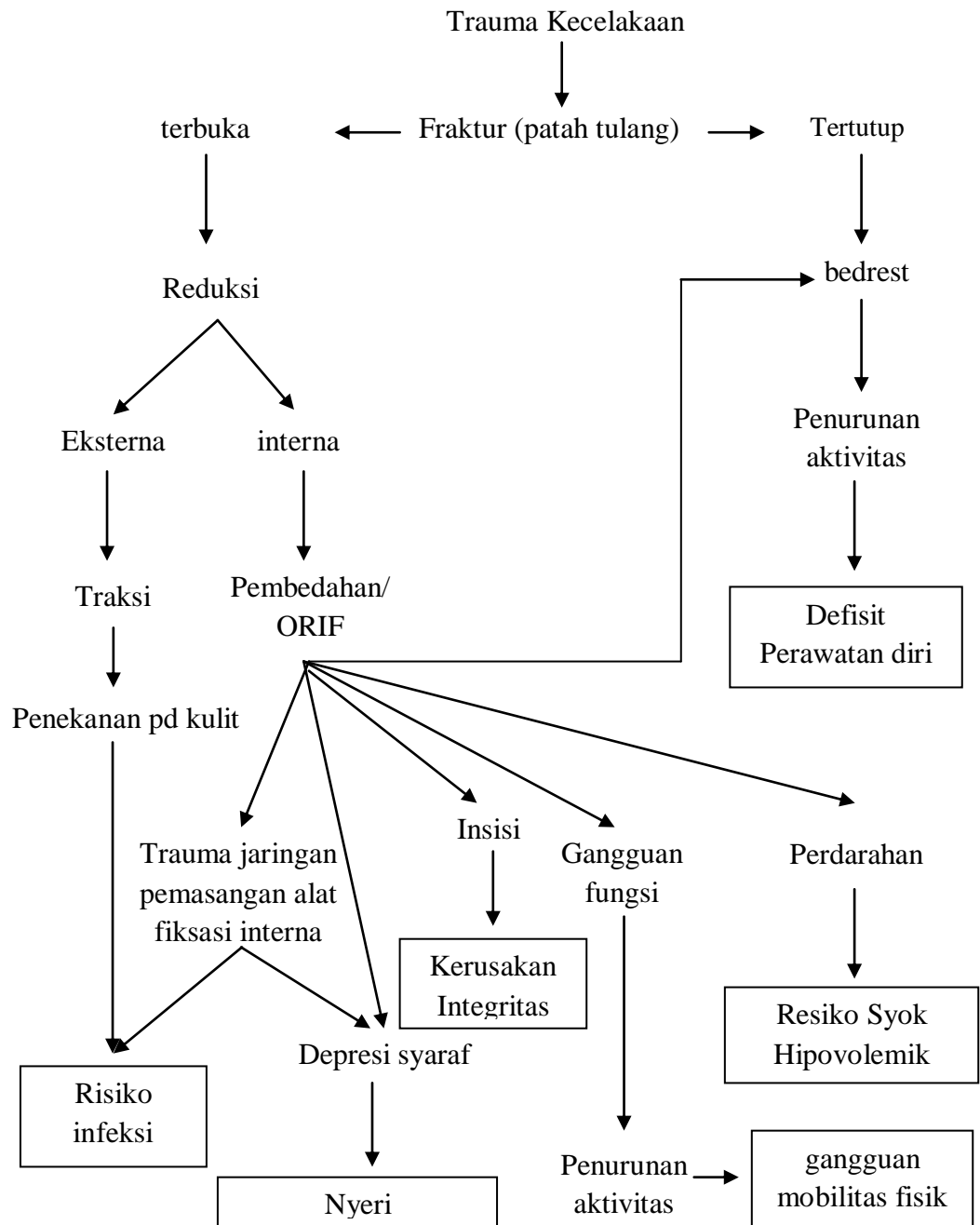
### **2. Bagi Lahan Praktek**

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](http://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 mahasiwa 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](mailto:rsudkraton@yahoo.co.id)

Pekalongan, 6 Januari 2016

Nomor : 423.4 / 015 / 2016  
Lamp :  
Perihal : **Penghadapan Mahasiswa**

Kepada Yth.  
Kepala.....Instansi.....DM.....  
RSUD Kraton Kab. Pekalongan

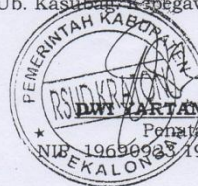
Dasar Disposisi Direktur RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan  
Tanggal 12 Januari 2016 perihal Permohonan Praktik Mandiri untuk  
mengambil Kasus KTI, sehubungan hal tersebut dengan ini kami  
hadapkan:

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. Kepegawaian dan Diklat



**DWI LARTANTO, SH**

Pemada  
NIP. 19650923 199003 1 004



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN PASCAOPERASI ORIP  
FRAKTUR CLAVICULA SINISTRA DI RUMAH WISATA KOSONA  
RSUD KRATON KABUPATEN PEKALONGAN

Disusun oleh :  
Mahlul Setiaji  
13.1676.P

PRODI D III KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKALONGAN  
2016



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN PASCAOPERASI DRIF  
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 : 407418  
Ruang / Kamar : Wijaya Kusuma / 3.2  
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. Biodata klien

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

b. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn. M  
Umur : 32 tahun  
Agama : Islam  
Status : Nikah  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Hubungan dengan klien : Anak kandung  
Alamat : Kel. Purwosari, Kes. Comal, Pekalongan

### 3. Pola Fungsional Gordon

#### a. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan - penanganan kesehatan

##### 1) keluhan Utama

DS: klien mengatakan nyeri  
 P: saat bergerak / aktivitas  
 Q: seperti tertusuk  
 R: bahu kiri  
 S: 8 (Berat) dari skala 1-10  
 T: hilang timbul

##### 2) Riwayat penyakit dahulu

DS: klien mengatakan pernah mengalami penyakit amandel pada tahun 1983.

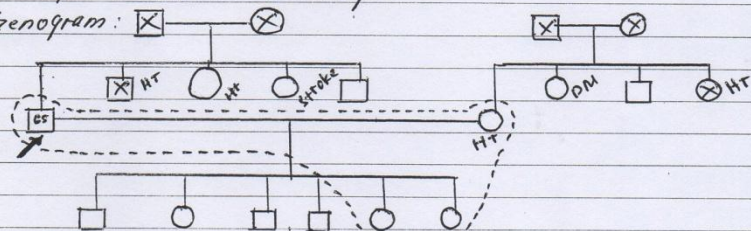
##### 3) Riwayat penyakit sekarang

DS: klien mengatakan mengalami kecelakaan motor karena menghindari kendaraan lain pada tanggal 12 Januari 2016, kemudian di bawa ke RUP Kraton. Pada saat pengkajian pada tanggal 13 Januari 2016 jam 14.00 WIB didapatkan data: klien mengatakan nyeri P: saat bergerak (aktivitas) Q: seperti tertusuk, R: bahu kiri, S: 8 (berat) dari skala 1-10, T: hilang timbul, klien mengatakan takut untuk bergerak karena terasa nyeri saat gerak, klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga.

DO: Terdapat luka post operasi pada bahu kiri ± 8cm, klien tampak menahan nyeri, klien tampak berbaring di tempat tidur, TD: 120/80 mmHg, Nadi 102 x/menit, Suhu 37°C, RR: 21 x/menit.

##### 4) Riwayat kesehatan keluarga.

Genogram:





Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : perempuan

x : meninggal

π : klien

---: tinggal serumah

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

5) Riwayat kesehatan lingkungan

DS: klien mengatakan kondisi lingkungan tempat tinggalnya bersih, rumahnya sering di bersihkan, terdapat ventilasi udara, toilet bersih, dan tempat pembuangan sampah di depan rumah.

6) Riwayat pencegahan tindakan medis / gigi

DS: klien mengatakan biasanya jika sakit 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. Misalnya merokok, minum alkohol, begadang, dll.

12) Riwayat Sosial

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

menikuti kegiatan yang ada di masyarakat, serta hubungan kien dengan keluarga harmonis

### 13) Personal hygiene

DS:

	Sebelum sakit	Selama sakit
Mandi	2x sehari	1x sehari lg waslap
Gosok gigi	2x sehari	belum
Cuci rambut	jika kotor	belum
Potong kuku	tidak tentu	belum
Ganti pakaian	2x sehari	1x sehari

### b. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi - metabolik

DS:

	Sebelum sakit	Selama sakit
Makan pagi	8 porsi	1 porsi
Makan siang	1 porsi	1 porsi
Makan malam	1 porsi	1 porsi
Kecap	tidak tentu	-
Minum	± 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 sakit

BAK

Frekuensi : ± 5 x/hari  
Jumlah urine : -  
Warna : kuning kls  
Bau : khas urine

BAB

Frekuensi : 1 x/hari  
Jumlah feses : -  
Warna : kuning kls  
Bau : khas feses

Selama sakit

BAK

Frekuensi : ± 5 x/hari  
Jumlah urine : -  
Warna : kuning  
Bau : khas urine  
Masalah : -

BAB

Frekuensi : 1 x/hari  
Jumlah feses : -  
Warna : kuning kls  
Bau : khas feses  
Masalah : -



d. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan

ps: klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya, klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, dan klien takut bergerak karena terasa nyeri jika bergerak.

do: klien tampak berbaring ditempat tidur  
status aktivitas 2 (dibantu oleh keluarga).

e. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat-tidur.

ps:

Selama sakit

Tidur siang :  $\pm$  2 jam

Tidur malam :  $\pm$  5 jam

Keluhan : -

do: tidak ada ingkar kelup disadari kelopak mata.

f. Riwayat keperawatan untuk pola kognitif perseptual

do: penglihatan, pendengaran, penciuman, dan kemampuan bicara serta pengambilan keputusan klien baik tanpa gangguan.

ps: klien mengatakan tidak ada masalah pada penglihatan, pendengaran, penciuman dan ingatannya.

g. Riwayat keperawatan untuk pola konsep diri

1) Sikap terhadap diri: Baik

2) Dampak saat terhadap diri : tidak dapat beraktivitas

3) Keraguan untuk mengubah diri : klien ingin cepat sembuh

4) Gugup / risikis : Risikis

5) Postur tubuh : Ideal

6) Kontak mata : Ada

7) Ekspresi wajah : Cemas

h. Riwayat untuk pola peran dan hubungan

ps: klien mengatakan dalam keluarga berperan sebagai kepala keluarga, karena sakit klien tidak dapat beraktivitas / bekerja, hubungan klien dengan keluarga baik.

i. Riwayat keperawatan untuk seksualitas dan reproduksi

ps: 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 : Do'a dan berobat

3) Sistem pendukung : Keluarga.

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

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Data Objektif  
keadaan umum : Baik  
kesadaran : Compos mentis  
Tekanan darah : 130/80 mmHg  
Suhu : 37°C  
Nadi : 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 luka, tidak ada ada perdarahan, tidak ada benjolan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

##### 2) Mata

Inspeksi : Mata lengkap dan simetris, tidak ada edema, tidak ada luka, bulu mata tidak rontok, konjungtiva anemis, pupil isokor.

##### 3) Leher

Inspeksi : Bentuk leher simetris, tidak ada peradangan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, posisi trakea simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : tidak ada massa / benjolan.

##### 4) Telinga

Inspeksi : Bentuk, ukuran, dan warna telinga baik normal, tidak ada peradangan, tidak ada penumpukan serumen, dan tidak ada perdarahan.



5) Hidung

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

Uji ketajaman penglihatan: dengan menggunakan rangsangan bau. Bau: kiri kanan sama.

6) Mulut

Inspeksi: tidak ada kelainan kongenital (labiocrisis, palatoschisis, atau labiopalatosis), tidak ada lesi, bibir tidak pecah. Gigi dan gusi bersih, tidak ada perdarahan, tidak ada abses.

7) Kulit

Inspeksi: warna kulit rata, terdapat luka post op pada bahu kiri.

Palpasi: turgor kulit baik, semua subcutan tipis, nyeri tekan pada daerah bahu kiri, tidak ada edema.

8) Paru

Inspeksi: Bentuk thorax normal chest, karotis tidak sineris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada penarikan cuping hidung, tidak ada cianosis, tidak batuk.

Palpasi: Pemeriksaan taktil / vocal fremitus getaran antara kanan dan kiri teraba sama.

Perkusi: terdengar sonor pada area paru

Auskultasi: Suara nafas bersih, suara napas terdengar normal, tidak ada suara tambahan (whispering, ronchi, rales, etc).

9) Jantung

Inspeksi: letak cordis (-)

Palpasi: Palpasi pada bidang torak teraba kuat/normal, tidak ada nyeri tekan

Perkusi: tidak ada pelebaran jantung

Batas atas: ics II, bawah ics V, kiri ics V Mid Clavicular sinistra, kanan ics IV Mid sternalis Dextra.

Auskultasi: Suara jantung terdengar normal, terdengar suara jantung idam 2 up-up, tidak ada bunyi jantung tambahan.

10) Perut

Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak ada massa/bengolan,

Auskultasi: terdengar bising usus 27 x/menit,

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa/bengolan,

Perkusi: tympani.

11) Ekstremitas

Inspeksi: otot antara kanan dan kiri simetris,

terdapat fraktur pada clavicle sinistra,

luar post op tertutup pembalut bersih & gcm.



# 1. Prosedur diagnostik dan laboratorium

## a. Pemeriksaan darah rutin

Tanggal pemeriksaan : 12 Januari 2016

Jam : 21.40 WIB

Hasil :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
LED	11	mm/jam	20.0 - 30.0
Darah rutin			
Leukosit	6.64	$10^3/\mu l$	4.80 - 10.80
Eritrosit	L 3.90	$\mu lta/mm^3$	4.70 - 6.10
Hemoglobin	L 11.2	g/dl	14 - 18
Hematokrit	L 34.9	%	42.0 - 52.0
MCV	89.50	um <sup>3</sup>	78.00 - 98.00
MCH	28.70	pg	25.0 - 35.00
MCHC	32.10	g/dl	31.0 - 37.80
Thrombasit	209.000	$/mm^3$	150.000 - 450.000
<b>Diff Count</b>			
Neutrofil	70.1	%	50.0 - 80.0
Limfosit	L 15.4	%	25.0 - 50.0
Monosit	H 14.0	%	2.0 - 8.0
Eosinofil	0.3	%	0.0 - 5.0
Basofil	0.2	%	0.0 - 2.0
Golongan darah	B		
Rhesus	positif		
Waktu perdarahan	3	menit	1 - 3
Waktu pembekuan	4'30"	menit	3 - 7
<b>KIMIA CLINIK</b>			
Glukosa sewaktu	93	g/dl	70 - 140
Jam 21.30 WIB			
<b>HIRO IMUNOLOGI</b>			
HBs Ag	Negatif		

## b. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal pemeriksaan : 13 Januari 2016

Hasil : terpasang kawat pada clavikula sinistra dengan ketebalan dan Alignment baik.

## 2. Medical Management

### a. IV, O<sub>2</sub> therapy

Medical Management	Tanggal Terapi	Penjelasan Urutan	Indikasi dan tujuan	Respon Pasien es:
Infeis RL 20 tetes / menit	13 Januari 2016	Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien	Mencegah dan mengatasi kekurangan cairan tubuh (dehidrasi)	ds: klien merasa lebih nyaman ds: tidak muncul tanda-tanda dehidrasi

### b. Obat - Obatkan

Nama Obat	Tanggal Terapi	frekuensi	Cara kerja dan fungsi Obat.	Respon
Inj. Cefotriaxone (IV)	12 / 01 2016	30 mg / 8 jam IV	sebagai analgetik, yang bekerja pada SSP yang mengurangi / mengurangi sensasi nyeri	ds: klien melaporkan nyeri berkurang
Inj. Parasetamol (IV)	12 / 01 2016	50 mg / 8 jam IV	Memetoriolisi asam lemak sehingga dapat mengurangi nyeri lambung	ds: klien melaporkan nyeri perut berkurang
Inj. Cefotaxime (IV)	13 / 01 2016	1gr / 12 jam IV	Sebagai antibiotik yang berfungsi untuk mencegah atau mengatasi infeksi.	ds: tidak ada tanda infeksi yang muncul.

### c. Diet

Jenis Diet	Tanggal Terapi	Penjelasan Urutan	Indikasi dan tujuan	Makan Spesifik	Respon klien
Lunak (TKTP) tinggi kalori tinggi protein	13 / 01 2016	Diet TKTP berfungsi untuk memenuhi kebutuhan kalori dan protein	Menuhi kebutuhan kalori dan protein guna memperlancar pencernaan	Bubur dan telur / daging serta sayur	ds: klien mengatakan menyukai dan porsi makan



## B. PENGELOMPOKAN DATA

### 1. Data Subjektif

- klien mengatakan nyeri
- P : saat beraktivitas / bergerak
- Q : seperti tertusuk - tusuk
- R : bahu kiri
- S : 8 (berat) dari skala 1-10
- T : hilang timbul
- klien mengatakan takut untuk bergerak karena terasa nyeri saat gerak.
- klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga
- klien mengatakan 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 :  $37^{\circ}\text{C}$
- TD : 120 / 80 mmHg
- Nadi : 102 x / menit
- RR : 21 x / menit

### C. ANALISA DATA

Data	Problem	Etiologi
<p>DS: - klien mengatakan nyeri</p> <p>P: saat bergerak / aktivitas</p> <p>Q: seperti tertusuk tusuk</p> <p>R: batu kiri</p> <p>S: 8 (berat) dari skala 1-10</p> <p>T: bilauang timbul</p>	Nyeri Akut	Agen Cedera fisik
<p>DO: - klien tampak menahan nyeri</p> <p>- terdapat luka post operasi pada batu kiri ± 8 cm</p>		
<p>DS: - klien mengatakan takut untuk bergerak karena terasa nyeri saat gerak</p> <p>- klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga</p>	Hambatan mobilitas fisik	Gangguan muskulo-skeletal
<p>DO: - klien tampak berbaring ditempat tidur</p> <p>- skala aktivitas 2 (dibantu oleh keluarga)</p>		
<p>DS: - klien mengatakan nyeri pada luka post operasi (batu kiri)</p>	Resiko Infeksi	Prosedur invasif
<p>DO: - terdapat luka post operasi di batu kiri ± 8 cm</p> <p>- Suhu: 37°C</p>		





### D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera fisik
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif



E / INTERVENSI

Tgl	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
13/1 2016	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri klien dapat berkurang dengan kriteria hasil: skala nyeri 4, klien tidak, klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi.	1. Kaji TTV 2. Ajarkan teknik rileksasi nyeri nafas dalam 3. Atur posisi yang nyaman bagi klien 4. Pertahankan posisi klien dengan rileks baring 5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.	1. untuk mengetahui keadaan umum klien 2. menurunkan rasa nyeri 3. kontrol dan dapat dapat membantu dalam peran kopling dalam management nyeri. 3. Mengurangi rasa nyeri 4. mengurangi nyeri dan mencegah kejang-kejang posisi tidur yang nyaman yg terencana. 5. untuk memumakan nyeri dan spasme otot.
13/1 2016	Hambatan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam klien akan menunjukkan peningkatan gerak dengan kriteria hasil: - klien mampu menunjukkan mobilitas pada tingkat yang paling tinggi misalnya: menggerakkan anggota dan mampu berdiri, berjalan, makan, dan mandi sendiri.	1. Kaji derajat mobilitas 2. Dorong klien untuk beraktivitas secara mandiri 3. Instruksikan klien untuk aktif dalam aktivitas yang satu dan yang kedua 4. Anjurkan klien untuk mengatur posisi tidur yang nyaman setiap 2 jam.	1. memberikan informasi / intervensi untuk meningkatkan kemampuan kesehatan 2. memberikan kesempatan dan klien untuk mengeluarkan energi 3. meningkatkan aliran darah ke otot 4. mencegah kontraktur / atrofi dan meningkatkan kekuatan otot dan sirkulasi.
13/1 2016	Resiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam klien tidak akan mengalami infeksi. dengan kriteria: tidak ada tanda-tanda infeksi yang muncul.	1. Observasi keadaan luka 2. jaga kebersihan daerah sekitar luka post operasi 3. Ganti balutan dengan teknik aseptik dan antisepik 4. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik	1. faktor pertahanan infeksi 2. untuk mencegah infeksi 3. mencegah terjadinya infeksi dan mencegah 4. mencegah penyebaran 5. mencegah infeksi.

Tgl/ jam	No Px	Tindakan keperawatan	Respon klien	Paraf
13/1 2016 14.00	1.	- Mengukur TTV - Mengatur posisi yang nyaman bagi klien - Menkaji nyeri klien	S : klien menyatakan nyaman dengan posisi semi fowler (setengah duduk) - klien mengatakan nyeri P : saat bergerak / aktifitas Q : seperti tertusuk-tusuk R : bahu kiri S : 8 (berat) dari skala 1-10 T : hilang timbul O : TD : 120/80 mmHg, N : 102 x/menit Suhu : 37°C, RR : 21 x/menit. - klien tampak berbaring dengan posisi semi fowler - klien tampak menahan nyeri	
14.25	2	- Mengkaji derajat mobilitas klien - Memberikan dorongan pada klien untuk beraktivitas secara mandiri sesuai dg kemampuan dengan posisi terdop kiri tetap digendong	S : klien menyatakan tidak bergerak karena rasa nyeri saat gerak - klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga O : klien tampak berbaring ditepat tidur - Status aktivitas 2 (dibantu oleh keluarga).	
16.50	3	- Memberikan obat injeksi sesuai program (cefotaxim 1gr IV)	S : klien mengatakan agak perih saat setelah injeksi O : tidak ada tanda infeksi	
14/1 2016 07.30	3	- Melakukan perawatan luka/mengganti balutan - mengobservasi keadaan luka.	S : klien menyatakan nyeri saat dilakukan perawatan luka O : luka tampak bersih, tidak ada pus, dan tidak ada tanda infeksi lain	



07.50	1	Memberikan terapi injeksi ceforotax 30mg IV	S: klien menyatakan nyeri berkurang	
	3	injeksi Dantrolene 50mg IV, dan injeksi Cefotaxime 1gr IV.	- klien menyatakan tidak nyeri perut O: klien tampak masih menahan nyeri saat bergerak - tidak ada tanda infeksi yg muncul.	JK
10.40	2.	- Mendorong klien untuk beraktivitas sesuai dg kemampuannya - Menginstruksikan klien untuk aktif bergerak dan des transitas yg baik dan tidak sakit - mengupayakan klien untuk mengatur posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam	S: - klien mengatakan sudah aktif bergerak karena batu ginjalnya terasa nyeri - klien mengatakan akan mencoba untuk beraktivitas dg tangan kiri tetap dipendang O: - klien tampak menerima anjuran - klien tampak merasa kesakitan saat bergerak / merubah posisi.	JK
12.10	1	Menghaji tingkai nyeri klien	S: klien mengatakan nyeri berkurang P: Saat bergerak / aktivitas Q: seperti tertetak - tertak, cekat - cekat R: batu kiri S: 6 dari skala 1-10. T: hilang. kembali O: klien tampak berkaki - kaki saat gerak dan menahan nyeri	JK
15/1 2016 07.15	1.	Mengajarkan teknik relaksasi nyeri (nafas dalam)	S: - klien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan akan mencoba O: klien tampak mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar.	JK
07.25	3	Melakukan perawatan luka / ganti balut luka.	S: klien mengatakan nyeri saat luka di bersihkan O: tidak ada tanda - tanda infeksi, luka bersih dan kering.	JK

08.18 1 Memberikan terapi  
Injeksi Ketorolac 30mg  
IV, Injeksi Parasetamol  
50 mg IV, dan Inj.  
3 Cefotaxime 1gr IV.

S: klien mengatakan nyeri berku-  
rang setelah 1/2 jam di injeksi.  
klien mengatakan sudah tidak  
nyeri perut

O: klien masih tampak menahan  
nyeri.

10.10 2 Menghaji kemandirian  
mobilitasi klien  
Menganjurkan klien  
untuk tetap  
menggunakan tangan  
kiri saat beraktivitas




S: - klien mengatakan sudah  
mulai bangun berjalan toilet,  
duduk, makan, dan minum  
meski masih dibantu oleh keluarga  
O: - klien tampak sudah ada  
kemauan untuk beraktivitas.  
dan tetap menggunakan tangan kiri

13.05 1 Menghaji nyeri  
klien.

S: - Klien mengatakan masih  
nyeri  
P: Saat bergerak / aktivitas  
P: seperti tertidur fokus  
P: bahu kiri  
S: 5 (sedang) dari skala 1-10  
T: hilang timbul.  
O: klien tampak ~~tidak~~ masih  
menahan nyeri. saat  
beraktivitas



# EVALUASI

Tanggal	No Dr	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
13 Januari 2016	1.	<p>S : klien mengatakan nyeri  P : Saat bergerak aktivitas  O : seperti tertusuk - tusuk  R : Balut kiri  S : 8 (Berat) dari skala 1-10  T : hilang - timbul</p> <p>O : klien tampak menahan nyeri  A : masalah nyeri akut belum teratasi  P : lanjutkan intervensi  - Ajarkan teknik relaksasi nyeri nafas dalam  - Atur posisi yang nyaman bagi klien  - kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik</p>	
	2.	<p>S : klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga  - klien mengatakan takut bergerak karena terasa nyeri saat gerak  O : klien tampak berbaring ditempat tidur  - skala aktivitas 2 (dibantu oleh keluarga)  A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi  P : lanjutkan intervensi  - Dorong klien untuk aktivitas secara mandiri  - Instruksikan untuk aktif pada ekstremitas yang sakit dan tidak sakit.  - Ajarkan klien mengatur posisi tidur yang nyaman setiap 2 jam.</p>	 
	3	<p>S : klien mengatakan kyka post operasi terasa nyeri  O : - Tetapi dilakukan operasi orif clavicula sinistra, Ki dapat luka post operasi ± 8 cm pada balut kiri.</p>	

1		<p>A : Masalah resiko infeksi Belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- observasi keadaan luka</li> <li>- jaga kebersihan daerah sekitar luka post operasi</li> <li>- ganti balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik</li> <li>- kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik</li> </ul>	
14 Januari 2016	1	<p>S : Klien menyatakan masalah nyeri</p> <p>P : Saat bergerak / aktivitas</p> <p>Q : seperti tertusuk - tusuk</p> <p>R : balut kiri</p> <p>S : 6 (Sellaeng) dari skala 1-10.</p> <p>T : lidang timbul.</p> <p>O : klien tampak menahan nyeri saat bergerak</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul</li> <li>- Anjurkan klien untuk mengatur posisi yang nyaman</li> <li>- kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	2.	<p>S : klien mengatakan susah untuk bergerak karena balut kirinya terasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan akan mencoba untuk beraktivitas</li> </ul> <p>O : klien tampak merintik kesakitan saat bergerak / ubah posisi.</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intruksikan klien untuk aktif pada ekstremitas yang sakit dan tidak sakit</li> <li>- Anjurkan klien untuk aktivitas secara mandiri sesuai kemampuan.</li> </ul>	



3. S: klien mengatakan nyeri saat dilakukan perawatan luka  
 O: luka tampak bersih, tidak ada pus, dan tidak ada tanda infeksi lain.  
 A: masalah risiko infeksi belum teratasi  
 P: lanjutkan intervensi  
 - jaga kesterilan daerah luka  
 - Ganti balutan dengan teknik aseptik dan antisepik  
 - kolaborasi pemberian antibiotik

15 Januari  
2016

1. S: klien mengatakan masih nyeri  
 P: saat bergerak / aktivitas  
 Q: Seperti tertukuk / tertuk  
 R: daerah bahu kiri  
 S: 5 (sebelah) dari skala 1-10  
 T: hilang timbul.  
 O: klien mampu mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi nyeri napas dalam  
 - klien tampak lebih rileks  
 A: masalah nyeri akut belum teratasi  
 P: lanjutkan intervensi  
 - lanjutkan klien untuk mengatur posisi yang nyaman  
 - kolaborasi pemberian analgesik.

2. S: klien mengatakan sudah berjalan di toilet, duduk, makan, dan minum meski masih dibantu oleh keluarga.  
 O: klien tampak sudah ada kemajuan untuk beraktivitas  
 - Status aktivitas 2 (dibantu keluarga)  
 A: masalah hambatan mobilitas fisik teratasi  
 P: pertahankan kondisi.

8

S: klien mengatakan nyeri saat lidah dibersihkan

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

A: Masalah resiko infeksi teratasi

P: pertahankan kondisi

*[Signature]*