

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Tanggal pengkajian : 08 Juni 2014 Jam 14.00 WIB

##### **3.1.1 IDENTITAS PASIEN**

Nama pasien Tn P umur 48 tahun , jenis kelamin laki-laki, suku bangsa jawa, indonesia, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien SMA, pekerjaan swasta, alamat Sukodono Sidoarjo, nomer rekam medis 4610xx

Diagnosa Medis: *Post op Fraktur Cruris 1/3 distal dextra*

Dirawat : di UGD RS Siti Khodijah Sepanjang pada Tanggal 06 Juni 2014 Jam 19.00 WIB , MRS di Ruang Mina jam 19.30 WIB

Keluhan utama : Nyeri

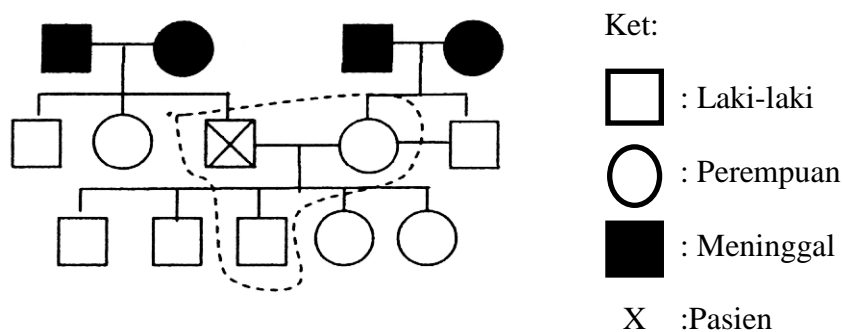
##### **3.1.2 RIWAYAT KEPERAWATAN**

Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas saat sedang mengendarai motor sepulang bekerja di daerah kletek pukul 18.20 wib , px lalu dibawa ke UGD RS Siti Khodijah Sepanjang dan mengeluh nyeri pada bagian kaki sebelah kanan. Skala nyeri 8 , terdapat luka terbuka pada bagian cruris .

Riwayat Penyakit Dahulu : Pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya seperti TB, Diabetes . Pasien juga belum pernah mengalami fraktur sebelumnya

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang sama sebelumnya atau penyakit turunan.

### Genogram



### 3.1.3 OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

#### 1 Keadaan Umum

Tampak lemah, kesadaran compos mentis , GCS 456 , pasien mengeluh nyeri skala 8 pada bagian kaki kanan.

#### 2 Tanda-Tanda Vital

Suhu : 37,5°C      Tekanan Darah :      150/80 mmHg

Nadi : 90x/menit      RR :      20x/menit

#### 3 Review Of System

##### A. Pernafasan (BI :Breathing)

Bentuk dada simetris ,tidak terlihat retraksi , tidak ada nyeri tekan

Tidak terdengar suara nafas tambahan wheezing / ronchi

**B. Kardiovaskuler (BII: Blood)**

Denyut nadi teraba 90 x/menit, irama teratur, kualitas kuat, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan; murmur sistolik (-) ; murmur diastolic (-) ; gallop (-)

Perfusi hangat , CRT <2dtk, Tensi 150/80 mmHg

**C. Persyarafan ( BIII : Brain)**

Kejang (-), Kaku kuduk (-), GCS 4 –5 – 6 , Kesadaran Compos Mentis

Kedua ekstremitas atas baik, ekstremitas bawah dextra terasa nyeri, kaki tidak bisa digerakkan, pupil isokor

**D. Perkemihan - Eliminasi Uri (BIV : Bladder)**

Input : Minum 800 cc / 24 jam , Infus 1500 cc/24 jam , Obat Ketorolac 30 CC/ 24 jam , balance cairan (15 x waktu/24jam)

Output : BAK 4x/hari , spontan 500 cc/ 24 jam , warna kuning , bau khas , drain 50 cc/24 jam , warna merah

**E. Pencernaan - Eliminasi Alvi (BV :Bowel)**

Abdomen flat , bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan,tidak ada distensi abdomen, Bising usus 16x/menit, pasien diit nasi 3x/hari dengan sayur,lauk, minum 800cc/hr air putih

**F. Tulang - Otot - Integumen (B VI: Bone)**

Ekstremitas

5	5
2	5

Keterangan :

- Terdapat fraktur cruris 1/3 distal dextra

- Terdapat luka terbalut elastis, terpasang drain, luka ngerembes

### Kulit

- Turgor kulit baik
- Terdapat luka digloving pada eksteremitas bawah sebelah kanan
- Akral hangat
- Suhu 37,5°C
- Sawo matang
- Tidak cyanosis, CRT < 2 detik

### **G. Sistem Endokrine**

Tak ada kelainan

### **H. Pemeriksaan Penunjang**

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal		Satuan
			Laki-laki	Perempuan	
6/6	Hb	10,5	13.5-18	11.5-16	G/dl
	Pcv	43	40-54	35-47	%
	Eritrosit	4.450.000	4.5-6	3-6	Juta/ $\mu$ l
	Leukosit	19.500	4.000-11.000		/ $\mu$ l
	Hitung jenis	-/-/-/9/11/-	1-2/0-1/3-5/54- 62/25-33/3-7		
	LED	85	0-15	0-20	mm/jam
	Trombosit	166.000	150.000-450.000		/ $\mu$ l
6/6	Na	138.7	135 - 148		mmol/l
	K	3,5	3.5 - 4.5		mmol/l
	Cl	102.0	98-107		mmol/l
	GDA	90	<200		%

	SGOT	64	42 - 65		
	SGPT	60	45 - 60		

2. Hasil Foto Cruris AP Lateral ditemukan adanya gambaran fraktur.



## I. Terapi

1. Infus RL 30 tetes/menit , 1500 CC/hari
2. Injeksi
  - a. Ketorolac 30mg (3x1)
  - b. Tetagram 1 ampul
  - c. Ceftriaxon 1g (2x1)
  - d. Elkana (2x1)
  - e. Diazepam 2mg (2x2)

Daftar Masalah Keperawatan :

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
2. Intoleransi aktiviitas berhubungan dengan nyeri luka post operasi
3. Infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi

## J. Analisa data

**Tanggal 08 Juni 2014**

### Data Pertama

**Data Subjektif** : Pasien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan

**Data Objektif** : Tampak oedem pada kaki kanan, Pasien tampak menyeringai, Skala nyeri 8, Hasil foto RO : menunjukkan adanya Fraktur cruris 1/3 distal dextra ,observasi tanda vital = Suhu: 37,5°C , Nadi:90x/m ,Tekanan Darah: 150/80 mmHg , RR: 20 x/menit

**Etiologi** : Fraktur yakni terputusnya kontinuitas jaringan sehingga menimbulkan pergeseran fragmen tulang dan menimbulkan nyeri

**Masalah** : Nyeri

**Tanggal 08 Juni 2014**

**Data Kedua**

**Data Subjektif** : Pasien mengeluh sakit kakinya, tidak bisa digerakkan

**Data Objektif** : Skala nyeri skala 8, ekspresi wajah menyeringai, pasien hanya bisa tirah baring , bagian kaki yang fraktur susah digerakkan, Aktivitas dibantu keluarga ,observasi tanda vital= Suhu : 37,5°C ,Nadi : 90x / menit , tekanan darah: 150/80 mmHg, RR : 20x/menit

**Etiologi** : Fraktur terjadi karena adanya diskontinuitas jaringan tulang yang menimbulkan nyeri hingga terjadi intoleransi aktivitas

**Masalah** : Intoleransi Aktivitas

**Tanggal 08 Juni 2014**

**Data Ketiga**

**Data Subjektif** : Pasien mengeluh nyeri pada bagian fraktur yang terluka bengkak

**Data Objektif** : Posisi luka terbalut elastis, luka ngerembes, terpasang drain, tampak digloving, leukosit : 19500 / $\mu$ l, observasi tanda vital = Suhu : 37,5 °C, nadi : 90x / menit ,tekanan darah : 150/80 mmHg ,RR: 20x/menit

**Etiologi** : Fraktur posisi terbuka dan luka yang terjadi kotor hingga timbul infeksi

**Masalah** : Infeksi

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.P adalah :

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan munculnya oedem pada kaki kanan , pasien tampak menyeringai , skala nyeri 8 hasil foto RO menunjukkan adanya fraktur cruris 1/3 distal dextra , observasi tanda vital tekanan darah 150/80 mmhg, suhu 37°C ,Nadi 90x/menit, RR 20x/menit
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka post operasi ditandai dengan ekspresi wajah menyeringai , bagian kaki yang fraktur susah digerakkan, aktivitas dibantu keluarga & pasien hanya mampu tirah baring.
3. Infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi ditandai dengan luka ngerembes tampak digloving & luka nampak kotor

### 3.3 Intervensi Keperawatan

**Dx1.** Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

#### **Tujuan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang.

NOC:

NOC1 : Skala Nyeri 8

Kriteria Hasil:

- a. kaji frekuensi nyeri



- b. lamanya nyeri berlangsung
- c. ekspresi wajah terhadap nyeri
- d. kegelisahan
- e. perubahan TTV

NOC2 : Kontrol Nyeri

Kriteria Hasil:

- a. mengenal faktor penyebab
- b. gunakan tindakan non analgetik
- c. gunakan tindakan analgetik yang tepat

Intervensi NIC: Manajemen Nyeri

1. Kaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, durasi, frekuensi, intensitas, dan faktor penyebab nyeri
2. Observasi isyarat non verbal dari ketidaknyamanan terutama jika tidak dapat berkomunikasi secara efektif.
3. Berikan analgetik dengan tepat.(ketorolac)
4. Berikan HE tentang nyeri
5. Ajarkan teknik non farmakologi (misalnya: relaksasi & distraksi)

**Dx.2** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri luka post op

### **Tujuan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri

NOC:

Kriteria Hasil:

- Mentoleransi aktivitas yang biasa dilakukan
- Menunjukkan daya tahan tubuh yang baik
- Tanda vital dalam batas normal saat aktivitas

Intervensi NIC :

1. Mengkaji tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas
2. Membatasi aktivitas , tingkatkan tirah baring
3. Mengkaji respon emosi , sosial, spiritual terhadap aktivitas
4. Memobilisasi pasien secara bertahap sesuai kemampuan
5. Meningkatkan pola aktivitas secara bertahap , pantau tingkatannya

**Dx.3** Infeksi berhubungan dengan adanya luka post op

**Tujuan:**

setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 infeksi tidak terjadi.

NOC:

NOC1 : Deteksi Infeksi

Kriteria Hasil:

- a. Mengukur tanda dan gejala yang mengindikasi infeksi
- b. Berpartisipasi dalam perawatan kesehatan, menjaga kebersihan lingkungan, menjaga kebersihan luka post op
- c. Mampu mengidentifikasi potensial infeksi

NOC2 : Pengendalian Infeksi

Kriteria Hasil:

- a. Pengetahuan tentang adanya resiko infeksi
- b. Mampu memonitor faktor resiko dari lingkungan
- c. Membuat strategi untuk mengendalikan resiko infeksi
- d. Mengatur gaya hidup untuk mengurangi resiko
- e. Penggunaan pelayanan kesehatan yang sesuai

Intervensi NIC :

1. Deskripsikan proses penyakit dengan tepat
2. Sediakan informasi tentang kondisi pasien
3. Diskusikan perawatan yang akan dilakukan
4. Beritahu pasien untuk melapor pada perawat tentang tanda dan gejala yang dirasakan

### **3.4 Catatan Keperawatan**

**Pada tanggal 08-06-2014**

**Pukul 14.00 wib (Diagnosa keperawatan 1)**

1. Mengkaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, frekuensi, skala, dan faktor penyebab nyeri,

Respon : pasien mengatakan skala nyeri 8 , pasien masih nampak menyeringai

**Pukul 16.00 wib**

1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien

Respon : Tekanan Darah 150/80mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 37,5°C, Pernafasan/RR 20x/menit, Pasien kooperatif

**Pukul 16.30 wib**

1. Memberikan HE tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berakhir,

Respon: Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat & tampak tenang

2. Mengajarkan pasien tentang teknik distraksi relaksasi saat terjadinya nyeri

Respon : Pasien menerima & mengikuti yang diajarkan perawat

3. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :

- Injeksi Analgetik ketorolac 3x1
- Injeksi Antibiotik ceftriaxon 2x1 mg

Respon : Tidak ada tanda-tanda alergi dengan obat yang diberikan

**Pukul 19.00 wib**

1. Memberi terapi obat :

- P.O Elkana 2x1 mg
- P.O Diazepam 2x2 mg

Respon : Tidak tampak alergi , pasien mampu minum dengan baik

**Pukul 16.00 wib (Diagnosa 2)**

1. Mengkaji tanda vital pasien

Respon : Pasien kooperatif

**Pukul 16.30 wib**

1. Memantau adanya tanda – tanda takikardi, disritmia

Respon : tidak tampak ada tanda-tanda disritmia & takikardi , pasien kooperatif

**Pukul 16.45 wib**

- 1 Membatasi aktivitas pasien , anjurkan untuk tirah baring

Respon : Pasien kooperatif & mengikuti apa yang diperintahkan perawat

2. Memobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan pasien

Respon : Pasien kooperatif , membantu memberi elevasi 30° pada bagian yang fraktur

**Pukul 16.30 wib (Diagnosa 3)**

1. Mengkaji tanda-tanda adanya infeksi

Respon : Pasien tampak kooperatif , balutan luka masih ngerembes

2. Melakukan observasi tanda vital

Respon : Tekanan Darah 150/80 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 37,5°C

Pernafasan/RR: 20x/menit, Pasien kooperatif

**Evaluasi**

**Tanggal 08-06-2014**

**Pkl 19.00 wib**

S : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian kaki kanannya

O : Pasien tampak menyeringai, Problem: Nyeri luka post op, Quality: Nyeri terasa di remas-remas, Regio: 1/3 cruris distal dextra, Scale : Skala 8, Time: Nyeri terus menerus, Tekanan Darah 140/80, Nadi 86x/menit, Suhu 37°C, Pernafasan/ RR 20x/menit , Bengkak , digloving , luka ngerembes , drain 50 cc

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**Tanggal 09-06-2014**

**Pukul 08.00 wib (Diagnosa 1)**

1. Mengkaji secara menyeluruh tentang nyeri termasuk lokasi, durasi, frekuensi, skala, dan faktor penyebab nyeri,

Respon : Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang

Memberi terapi obat :

- P.O Elkana 2x1 mg
- P.O Diazepam 2x1 mg

Respon : Pasien meminum dengan baik & benar , tidak tampak tanda alergi

**Pukul 10.30 wib**

1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien :

Respon : Tekanan Darah 140/80 mmHg, Nadi 86x/menit, Suhu 37°C, Pernafasan/RR 20x/menit, Pasien kooperatif

2. Memberikan HE pada pasien tentang nyeri,

Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat

**Pukul 11.00 wib**

1. Mengajarkan pasien tentang teknik distraksi relaksasi saat terjadinya nyeri

Respon: pasien menerima tehnik distraksi relaksasi yang diajarkan perawat

2. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :

- Injeksi Analgetik ketorolac 3x1
- Injeksi Antibiotik Ceftriaxone 2x1

Respon: Tidak nampak alergi pada pasien

**Pukul 10.30 wib (Diagnosa 2)**

1. Mengkaji tanda vital pasien ,

Respon : Pasien kooperatif

2. Memantau adanya tanda – tanda takikardi, disritmia

Respon : pasien kooperatif , tidak nampak tanda disritmia

**Pukul 10.45 wib**

1. Membatasi aktivitas pasien , anjurkan untuk tirah baring ,

Respon : Pasien kooperatif & mengikuti instruksi perawat

**Pukul 11.00 wib**

1. Memobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan pasien

Respon: Pasien kooperatif , memberi elevasi 30° pada kaki yang fraktur

**Pukul 11.30 wib (Diagnosa 3)**

1. Mengkaji tanda-tanda adanya infeksi ,

Respon : Pasien tampak kooperatif , Pasien mengatakan luka masih ngerembes

2. Melakukan observasi tanda vital

Respon : Tekanan Darah 140/80 mmHg, Nadi 86x/menit, Suhu 37°C

Pernafasan/RR 20x/menit, Pasien kooperatif

**Evaluasi**

**Tanggal 09-06-2014**

**Pkl 14.00 wib**

S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kanannya berkurang

O : Pasien sudah tidak menyeringai

Problem: Nyeri luka post op, Quality: Nyeri terasa berkurang, Regio: 1/3 cruris distal dextra, Scale : Skala 6, Time: Nyeri terus menerus, Tekanan Darah

140/80mmHg, Nadi 86x/menit, Suhu 37°C, Pernafasan/RR 20x/menit,  
Bengkak , digloving , luka ngerembes , drain 15 cc

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

### **Tanggal 10-06-2014**

#### **Pukul 08.00 wib (Diagnosa 1)**

1. Mengkaji secara menyeluruh tentang skala, frekuensi nyeri

Respon : Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang

Memberi terapi obat :

- P.O Elkana 2x1 mg
- P.O Diazepam 2x1 mg

Respon : Pasien meminum dengan baik & benar , mengikuti instruksi  
perawat

#### **Pukul 10.00 wib**

1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien

Respon: Tekanan Darah 140/90 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C

Pernafasan/RR 20x/menit, Pasien kooperatif

#### **Pukul 10.10 wib**

1. Memberikan HE pada pasien tentang nyeri,

Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat

#### **Pukul 10.15 wib**

1. Mengajarkan pasien tentang teknik distraksi relaksasi saat terjadinya nyeri

Respon: pasien menerima dan mengikuti yang diajarkan perawat



**Pukul 11.30 wib**

1. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :

- Injeksi Analgetik ketorolac 3x1
- Injeksi Antibiotik Ceftriaxone 2x1

Respon : Tidak nampak tanda alergi , pasien kooperatif

**Pukul 10.00 wib (Diagnosa 2)**

1. Mengkaji tanda vital pasien

Respon : pasien kooperatif

**Pukul 10.10 wib**

1. Memantau adanya tanda – tanda takikardi, disritmia,

Respon : pasien kooperatif , tidak tampak tanda takikardi & disritmia

**Pukul 10.15 wib**

1. Membatasi aktivitas pasien , anjurkan untuk tirah baring

Respon : Pasien kooperatif & mengikuti anjuran perawat

**Pukul 10.20 wib**

1. Memobilisasi secara bertahap sesuai kemampuan pasien

Respon : Pasien kooperatif , mempertahankan posisi elevasi 30° pada bagian yang fraktur

**Pukul 10.30 wib (Diagnosa 3)**

1. Mengkaji tanda-tanda adanya infeksi

Respon : Pasien tampak kooperatif saat balutan diganti

**Pukul 10.00 wib**

1. Melakukan observasi tanda vital

Respon : Tekanan Darah 140/90 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C

Pernafasan/RR 20x/menit, Pasien kooperatif

**Pukul 08.30 wib**

1. Mengganti balutan dan rawat luka dengan cairan savlon dan pz, luka jelek, nekrotik (+), pus (+), bengkak (+), bau khas (+)

Respon : Pasien kooperatif saat dilakukan tindakan rawat luka

**Evaluasi**

**Tanggal 10-06-2014**

**Pkl 14.00 wib**

S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kaki kanannya berkurang

O : Pasien sudah tidak menyeringai, Problem: Nyeri luka post op, Quality: Nyeri terasa berkurang, Regio: 1/3 cruris distal dextra, Scale : Skala 4, Time: Nyeri terkadang, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 37°C, Pernafasan/ RR 20x/menit, Bengkak , tidak ngerembes , drain minimal

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan