

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Keperawatan pada klien Tn. S dengan pre operasi fraktur tibia terbuka dekstra dengan menggunakan proses perawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap bedah B RSUD Dr. Soetomo Surabaya 20 – 25 April 2001.

A. Pengkajian.

Tanggal 20 April 2001.

1. Pengumpulan Data.

a) Biodata.

Nama : Tn. S, Umur 32 tahun, jenis kelamin : laki-laki,
pendidikan : SD, agama : Islam, pekerjaan ; karyawan, tanggal MRS :
18 April 2001, Diagnosa Medis : fraktur tibia terbuka dekstra, Nomor
Register : 20 72 07.

b) Keluhan Utama.

Pada kaki kanan bagian bawah terasa nyeri apalagi bila digerakan kaki terasa berat dan sakit.

c) Riwayat Kesehatan.

1) Riwayat kesehatan lalu.

Klien mengatakan bahwa sebelumnya tidak pernah mengalami kecelakaan apalagi mengalami fraktur dan klien juga tidak pernah sakit sampai dirawat di rumah sakit.

2) Riwayat kesehatan sekarang.

Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan bagian bawah, dirasakansetelah mengalami kecelakaan pada tanggal 18 April 2001 jam 09.15 WIB. Klien merasakan nyeri yang sangat dengan skala nyeri 8 kemudian klien dibawa ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya oleh dokter klien dianjurkan untuk operasi lalu klien dikirim ke ruang bedah B RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dan klien dinyatakan operasi pada tanggal 24 April 2001.

3) Riwayat penyakit keluarga.

Dalam keluarga klien tidak ada yang menderita fraktur, dan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit diabetes militus yang dapat menghambat penyembuhan luka klien.

d) Pola – pola fungsi kesehatan.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat.

Sebelum masuk rumah sakit apabila klien atau keluarganya ada yang sakit selalu berobat ke puskesmas atau hanya membeli obat-obatan di toko. Klien tidak merokok, minum- minuman keras atau kebiasaan jelek lain. Klien kalau pagi hari suka berolah raga terutama lari.

Saat di rumah sakit klien mendapatkan terapi obat dari dokter dan juga surat persetujuan dilakukan tindakan operasi.

2) Pola nutrisi dan metabolisme.

Sebelum masuk rumah sakit klien makan 3 kali / hari dengan porsi yang cukup dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk

pauk. Klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan. Klien minum air putih 4 – 5 gelas / hari.

Saat masuk rumah sakit klien makan 3 kali / hari dan menghabiskan semua porsi yang disediakan rumah sakit seperti nasi, sayur, dan daging atau telur dan klien juga mendapat tambahan buah. Minum 4 – 5 gelas / hari, tanpa ada keluhan mual atau muntah klien mendapat diit TKTP.

3) Pola aktivitas dan latihan.

Sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas biasa sebagai karyawan pabrik. Saat di rumah sakit karena rasa nyeri yang dirasakan klien hanya bisa miring kiri atau kanan dan duduk. Klien mengatakan kaki terasa nyeri apalagi bila digerakan.

d. Pola eliminasi.

Sebelum masuk rumah sakit klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5 kali / hari tanpa ada keluhan, buang air besar 1 kali / hari dengan lancar.

Saat masuk rumah sakit klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5 kali / hari dengan dibantu diatas tempat tidur, klien selama dirumah sakit belum pernah buang air besar sejak tanggal 19 April 2001.

e. Pola tidur dan istirahat.

Sebelum masuk rumah sakit klien tidur 7 – 8 jam, pada malam hari dan klien jarang tidur siang, klien tidak menggunakan obat-obatan sebelum tidur.

Saat di rumah sakit klien tidur 5 – 6 jam pada malam hari, siang hari tidur 1 jam. Klien sering terbangun saat tidur karena nyeri yang dirasakan.

6) Pola persepsi dan kognitif.

Status penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan sensorik baik. Klien mengerti tentang sakitnya yang harus menjalani operasi. Klien masih takut dan khawatir tentang keadaannya saat ini.

7) Pola persepsi diri.

Klien mengatakan khawatir terhadap kondisi kakinya, takut kalau tidak sembuh atau cacat. Dan klien merasa malu pada teman-temannya karena kondisi kakinya yang fraktur.

8) Pola hubungan dan peran.

Klien adalah putra kedua dari empat bersaudara. Klien di rumah tinggal bersama istri dan anak-anaknya. Hubungan antara klien dengan keluarga dan masyarakat tetap baik meskipun klien berada di rumah sakit. Klien sering di jenguk baik keluarga maupun teman-temannya sekampung sekampung ataupun sekerjanya.

9) Pola reproduksi dan seksual.

Klien adalah seorang laki-laki berusia 32 tahun anak kedua dari empat bersaudara, status klien sudah menikah dan mempunyai anak dua.

10) Pola penanggulangan stres.

Di rumah apabila klien mempunyai masalah selalu dibicarakan pada istrinya kadang pada ibunya.

Saat di rumah sakit jika mempunyai masalah selain dibicarakan dengan keluarga kadang diselesaikan dengan perawat maupun dokter.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan.

Klien adalah orang yang beragama Islam dan taat beribadat. Kewajiban melaksanakan sholat lima waktu tetap dilakukan walaupun berada di rumah sakit.

e. Pemeriksaan fisik.

1) Keadaan Umum.

Keadaan umum klien lemah, terbaring di tempat tidur ekspresi wajah klien murung dan menyeringai, pada lengan kiri terpasang infus RL 14 tetes / menit. Tanda-tanda vital tekanan darah : 110 / 70 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37,5 C, RR 20 kali / menit.

2) Sistem respirasi.

Bentuk dada simetris, pernafasan : 20 kali / menit, tidak didapatkan sesak nafas, pernafasan melalui hidung , tidak didapatkan pernafasan cuping hidung, tidak terdapat lesi pada hidung, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada batuk atau pilek.

3) Sistem kardiovaskuler.

Tidak ditemukan adanya takikardi, nadi 88 kali / menit. irama teratur, suara jantung normal, S1, S2 tunggal, tekanan darah 110 / 70 mmHg pada lengan kanan dalam posisi berbaring, tidak ada nyeri dada, tidak cyanosis, akral hangat.

4) Sistem genitourinaria.

Buang air kecil lancar, frekuensi 4 – 5 kali / hari klien tidak terpasang kateter.

5) Sistem gastrointestinal.

Pada perut didapatkan kembung, tidak ada nyeri tekan pada perut, klien juga tidak muntah, pada palpasi terjadi pengerasan pada feces didaerah sigmoid.

6) Sistem integument.

Pada palpasi kulit terasa hangat, kulit tidak cyanosis, turgor kulit baik, pada kulit kaki bagian bawah terlihat luka yang terbuka, terdapat oedema pada daerah sekitar luka.

7) Sistem endokrin.

Tidak didapatkan ada pembesaran kelenjar thyroid.

8) Sistem muskuloskeletal.

Saat ini klien membatasi gerakannya karena rasa sakitnya, secara umum pergerakan ekstremitas atas tidak ada gangguan, ekstremitas bawah terdapat luka pada kaki kanan dan juga bengkak, terdapat nyeri tekan pada daerah sekitar luka. Klien terlihat hati-hati dalam menggerakkan kakinya.

9) Sistem Persyarafan.

Kesadaran compos mentis, orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu baik. Refleks terhadap cahaya baik.

f. Pemeriksaan penunjang.

1) Pemeriksaan laboratorium.

Tanggal 20 April 2001.

- BBS : 18 mm / jam
- Trombosit : 242.000 / mm
- Hb : 11,0 gr / dl.
- PPT : 10,9
- Leukosit : 9.000 / mm
- APTT : 20,0
- PVC : 34,4 %

Tanggal 22 April 2001

- Urea natrium : 10 mg / dl (normal : 10 – 20 mg / dl)
- kreatinin serum : 0,85 mg / dl (normal : < 1,5 mg / dl)
- SGOT : 18 u / l (normal 25 u / l)
- SGPT : 9 u / l (normal : 29 u / l)

2) Pemeriksaan radiologi.

Tanggal 22 April 2001

Pada pemeriksaan foto rontgen tungkai kiri bawah kanan didapatkan hasil fraktur tibia dengan garis patahan miring (oblique).

2. Analisa Data.

a. Kelompok data pertama (tanggal 20 April 2001).

1) Data subyektif.

Klien mengatakan kaki kanan terasa nyeri. Nyeri timbul bila kaki digerakan.

2) Data obyektif.

Klien terbaring lemah ditempat tidur, klien sesekali berhati-hati bila menggerakan kakinya, wajah menyeringai menahan nyeri, pada pemeriksaan didapatkan nyeri tekan pada kaki. Tensi : 110 / 70 mmHg, nadi : 88 kali / menit, suhu : 37,5 C, terdapat luka pada kaki dan bengkak, skala nyeri 8.

3) Masalah.

Rasa nyaman (nyeri).

4) Kemungkinan penyebab.

Adanya fraktur pada kaki

b. Kelompok data kedua.

Tanggal 20 April 2001

1). Data Subyektif.

Klien selalu bertanya mungkinkah kakinya bisa sembuh sempurna tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini, klien mengatakan malu pada teman-temannya karena fraktur yang dialaminya.

2). Data Obyektif

Klien sering memegang kaki kanannya, klien selalu berhati –hati bila menggerakkan kakinya. Klien terlihat menarik diri dari lingkungan, wajah klien murung dan jarang berbicara dengan sesama klien.

3). Masalah

Konsep diri (body image)

4). Kemungkinan penyebab

Adanya fraktur pada kaki

c. Kelompok data ketiga.

Tanggal 20 April 2001

1). Data Subyektif

Klien mengatakan kaki terasa nyeri dan berat bila digerakkan.

2). Data Obyektif

Klien terbaring lemah ditempat tidur, klien selalu berhati – hati bila menggerakkan kakinya, segala keperluan klien dibantu oleh keluarga dan kadang oleh perawat seperti mandi, buang air kecil atau buang air besar.

3). Masalah

Keterbatasan aktivitas

4). Kemungkinan penyebab

Nyeri pada kaki kanan bila digerakkan.

e. Kelompok data keempat.

1). Data subyektif

Klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 22 April 2001.

2). Data obyektif

Terjadinya pengerasan feses pada daerah sigmoid, perut kembung, aktivitas klien dibantu seperti mandi, buang air kecil, dan buang air besar, klien terbaring lemah ditempat tidur.

3). Masalah

Eliminasi alvi (konstipasi).

4). Kemungkinan penyebab

Kurangnya mobilisasi

f. Kelompok data kelima.

1). Data subyektif

Klien mengatakan kalau tidur sering terbangun karena nyeri.

2). Data obyektif

Wajah menyeringai menahan nyeri, kalau tidur sering terbangun, klien sebelumnya tidur 7 – 8 jam sehari, sekarang hanya 5 – 6 jam sehari.

3). Masalah

Kebutuhan tidur

4). Kemungkinan penyebab

Nyeri yang dirasakan.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki ditandai dengan klien mengatakan kaki kanan terasa nyeri, nyeri timbul bila kaki digerakkan, klien terbaring lemah di tempat tidur, wajah menyeringai menahan nyeri, T : 110/70 mmHg, N : 88x/menit, terdapat luka pada kaki dan bengkak.
- b. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan kurangnya mobilisasi ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 22 April 2001, terjadi pengerasan feses pada daerah sigmoid, perut kembung.
- c. Gangguan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan ditandai dengan klien mengatakan kalau tidur sering terbangun karena nyeri, wajah menyeringai kesakitan, tidur hanya 5 – 6 jam sehari.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada kaki kanan bila digerakkan ditandai dengan klien mengatakan kaki terasa nyeri, klien mengatakan takut terhadap proses penyembuhan patah tulangnya, klien terbaring lemah ditempat tidur, keperluan sehari – hari klien dibantu seperti mandi, buang air besar dan buang air kecil.
- e. Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki ditandai dengan klien selalu bertanya mungkinkah kakinya bisa sembuh dengan sempurna tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini, wajah klien

murung dan jarang berbicara dengan sesama klien (Marllyn E. Doenges, 1991).

B. Perencanaan

Perencanaan dari diagnosa keperawatan yang ada berdasarkan prioritas adalah sebagai berikut :

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki ditandai dengan klien mengatakan kaki kanan terasa nyeri, nyeri timbul bila kaki digerakkan, klien terbaring lemah ditempat tidur, klien selalu berhati – hati bila menggerakkan kakinya, wajah menyeringai menahan nyeri, pada pemeriksaan didapatkan nyeri tekan pada kaki, T : 110/70 mmHg, N : 88x/menit, S : 37,2 C, RR : 20 x/menit, terdapat luka pada kaki, skala nyeri 8.

a. Tujuan :

Nyeri berkurang atau hilang sehingga rasa nyaman terpenuhi dalam waktu 2 hari.

b. Kriteria hasil :

- Keluhan nyeri berkurang atau hilang, ekspresi wajah ceria.
- Klien mengetahui penyebab nyeri dan cara mengatasi nyeri bila timbul.
- Skala nyeri 0.

c. Rencana Tindakan

- 1) Berikan penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri.
- 2) Kaji respon verbal dan non verbal klien.
- 3) Ajarkan tehnik relaksasi pada klien misalnya menarik nafas panjang dan alihkan perhatian dengan membaca koran bila nyeri timbul.

4). Lakukan observasi gejala kardinal meliputi tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.

5). Lakukan terapi dokter dalam pemberian analgetik.

d. Rasional.

1) Klien mengerti penyebab nyeri sehingga mudah untuk diajak bekerja sama dalam tindakan perawatan selanjutnya.

2) Dapat membantu mengurangi kecemasan klien serta dapat membantu klien melupakan rasa sakitnya.

3) Teknik relaksasi dapat mengalihkan perhatian klien dan dapat mempertinggi kemampuan mengatasi masalah dalam pengelolaan nyeri.

4) Mengetahui gejala kelainan secara dini.

5) Analgetik berfungsi untuk menghilangkan rasa nyeri.

2. Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki ditandai dengan klien selalu bertanya mungkinkah kakinya bisa sembuh tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan khawatir dengan keadaanya, klien sering memegang kaki kanannya, klien terlihat menarik diri dari lingkungan.

a. Tujuan.

Klien dapat menerima perubahan pada tubuhnya dalam waktu dua hari.

b. Kriteria hasil.

- Klien mau bersosialisasi dengan sesama klien.

- Tanda-tanda vital dalam batas normal (T : 120 / 80 mmHg, nadi 60-80 kali / menit).

c. Rencana tindakan.

- 1) Kaji tingkat ketakutan klien terhadap perubahan tubuhnya.
- 2) Motivasi klien untuk mengungkapkan permasalahannya.
- 3) Jelaskan pada klien cara mengatasi masalah yaitu beradaptasi dengan lingkungan.
- 4) Berikan dukungan / dorongan semangat untuk usaha pemecahan yang dilakukan klien. (Memberi semangat pada klien bahwa kakinya bisa sembuh dengan jalan operasi / latihan mobilisasi dengan bantuan tongkat penyangga).

d. Rasional.

- 1) Dapat digunakan untuk menunjukkan tindakan mengatasi kecemasan / ketakutan klien.
- 2) Memberikan perasaan nyaman untuk mengurangi beban masalahnya.
- 3) Dengan penjelasan klien dapat mengatasi kesulitannya dan klien bisa beradaptasi dengan lingkungannya.
- 4) Menguatkan respon koping yang digunakan klien.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada kaki kanan bila digerakkan ditandai dengan klien mengatakan kaki terasa nyeri dan berat bila digerakkan, klien takut terhadap proses penyembuhan patah tulangnya, segala keperluan dibantu oleh keluarganya.

a. Tujuan :

Klien dapat meningkatkan aktivitas fisik dalam memenuhi kebutuhannya sehari –hari dalam waktu 2 hari.

b. Kriteria hasil

- Klien dapat melakukan aktivitasnya sendiri dengan bantuan seminimal mungkin.
- Klien bebas dari rasa nyeri sehingga dapat menggerakkan kakinya.

c. Rencana tindakan

- 1) Beri penjelasan tentang keterbatasan aktivitas klien.
- 2) Bantu klien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhan sebatas ketidakmampuan klien.
- 3) Motivasi semangat klien agar mau melakukan latihan gerak dan mobilisasi.
- 4) Bantu mobilisasi klien miring kiri dan miring kanan terlebih dahulu.
- 5) Libatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak.

d. Rasional

- 1) Klien akan mengerti penyebab aktivitas terbatas sehingga mudah untuk diajak kerjasama dalam tindakan perawatan selanjutnya.
- 2) Akan membantu memenuhi kebutuhan klien dan melatih untuk dapat memenuhi kebutuhannya sendiri sebatas ketidakmampuannya.
- 3) Menimbulkan keinginan pada klien untuk mobilisasi.
- 4) Mengurangi komplikasi dari bedrest seperti ulkus dekubitus dan melatih klien beraktivitas.
- 5) Keluarga merupakan orang yang terdekat dengan klien sehingga klien akan dapat terpenuhi kebutuhannya.

4. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan kurangnya mobilisasi ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 22 april 2000, terjadi pengerasan feses pada daerah sigmoid.

a. Tujuan

Eliminasi alvi lancar dalam waktu 1 hari.

b. Kriteria hasil

- Klien mau melakukan mobilisasi.
- Klien bisa buang air besar 1 kali / hari.
- Warna kuning kecoklatan, bau khas.

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji tingkat gangguan eliminasi klien.
- 2) Motivasi klien agar mau melakukan mobilisasi.
- 3) Anjurkan klien makan makanan tinggi serat dan menghindari makan yang dapat menimbulkan gas.
- 4) Anjurkan klien untuk minum banyak.
- 5) Observasi respon klien terhadap tindakan perawatan yang dilakukan.

c. Rasional

- 1) Diketahui sampai seberapa tingkat gangguan eliminasi alvi yang dialami klien.
- 2) Merangsang meningkatnya peristaltik usus sehingga proses pencernaan makanan dapat berlangsung lancar.
- 3) Membentuk terjadinya feses sehingga proses pengeluaran buang air besar dapat lancar.

- 4) Membantu melembabkan feses sehingga dapat memperlancar buang air besar.
 - 5) Diketahui perkembangan respon klien yang ditunjukkan oleh klien.
5. Gangguan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan ditandai dengan klien mengatakan kalau tidur sering terbangun karena nyeri, wajah menyeringai menahan nyeri, sebelumnya tidur 7 – 8 jam sehari sekarang hanya bisa tidur 5 – 6 jam sehari.

b. Tujuan

Kebutuhan tidur terpenuhi sehingga klien dapat tidur dengan nyaman dalam waktu 1 hari.

c. Kriteria hasil

- Klien mengatakan bisa tidur dengan nyaman.
- Klien merasa tidurnya cukup 7 – 8 jam sehari.
- Ekspresi wajah klien segar.
- Tanda – tanda vital dalam batas normal

c. Rencana tindakan

- 1) Jelaskan guna tidur bagi kesehatan klien.
- 2) Kaji respon verbal dan non verbal klien.
- 3) Jelaskan bahwa nyeri berkurang secara bertahap tidak bisa langsung.
- 4) Ajarkan tehnik relaksasi pada klien dengan cara menarik nafas panjang dan mendengarkan radio bila nyeri timbul.
- 5) Laksanakan terapi dokter dalam pemberian analgetik.

d. Rasional

- 1) Klien mengerti guna tidur bagi kesehatan yaitu dapat meningkatkan kebugaran tubuh.
- 2) Membantu mengurangi kecemasan klien serta dapat membantu klien melupakan rasa sakitnya sehingga klien dapat tidur dengan tenang.
- 3) Klien dan keluarga mengerti proses berkurangnya nyeri sehingga dapat mengurangi kecemasan klien.
- 4) Mempertinggi kemampuan mengatasi masalah dalam penanganan nyeri sehingga dapat menambah kenyamanan klien dalam beristirahat atau tidur.
- 5) Analgetik berfungsi untuk menghilangkan nyeri.

C. Pelaksanaan

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki.

Tanggal 20 april 2001

- a. Memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri karena adanya luka (klien dapat menjelaskan penyebab nyeri jika ditanya).
- b. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100 mg (obat masuk sesuai dosis dan tidak menimbulkan reaksi obat).
- c. Merubah posisi klien dengan miring kanan dan miring kiri (klien mau melakukan mobilisasi).
- d. Mengkaji respon verbal dan non verbal klien (klien mau mengungkapkan rasa nyeri dengan hasil skala 6).

- e. Mengajarkan teknik relaksasi pada klien dengan menarik nafas panjang dan mengalihkan perhatian klien dengan mendengarkan radio atau membaca Koran bila timbul nyeri (klien mau dan mampu mencoba).
- f. Melakukan observasi gejala cardinal : tensi 110 / 70 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37,5 C, RR 20 kali / menit.

Tanggal 21 April 2001.

- a. Mengajak mendiskusikan kembali tentang perkembangan klien yang dihadapi klien dari lukanya. (klien mengerti cara menangani nyeri bila timbul, missal : klien membaca Koran bila nyeri).
 - b. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100 mg (obat masuk dan tidak menimbulkan reaksi alergi).
 - c. Menjelaskan pada klien penyebab nyeri dan proses penyembuhan yang bertahap (klien mengerti dan mampu menjelaskan jika ditanya kembali).
 - d. Mengkaji perkembangan respon klien terhadap tindakan untuk mengatasi nyeri (dengan tehnik relaksasi, skala, intensitas, lokasi).
 - e. Melakukan observasi gejala cardinal : tensi 110 / 70 mmHg, nadi 88 kali / menit, suhu 37,5 C, RR 20 kali / menit.
2. Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki.

Tanggal 20 April 2001.

- a. Mengkaji tingkat ketakutan klien terhadap perubahan tubuhnya dengan cara menanyakan sejauh mana persepsi klien terhadap patah

tulangnyanya serta kemampuan koping yang dapat digunakannya dalam mengatasi masalah (klien mampu menjelaskan penyebab ketakutan dan mampu menggunakan koping untuk mengatasi masalah).

- b. Memberikan dorongan terhadap klien dalam mengungkapkan permasalahannya dengan menggunakan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan permasalahan yang di hadapi klien dari patah tulang (klien mampu mengungkapkan permasalahannya).
- c. Menjelaskan pada klien cara mengatasi masalah yaitu dengan beradaptasi dengan lingkungan seperti saling mengenal antara sesama pasien yang satu dengan pasien yang lainnya (klien mampu beradaptasi dengan lingkungan).
- d. Memberikan terapi dokter dalam pemberian terapi obat oral profenid 3 x 100 mg (obat masuk dan tidak menimbulkan reaksi alergi).
- e. Menganjurkan pada klien agar tidak selalu merenungi keadaannya (klien mau mengerti dan kooperatif).
- f. Memberikan pujian atas usaha pemecahan masalah yang dihadapi klien (klien semakin meningkat kepercayaan dirinya).

Tanggal 21 April 2001.

- a. Mendiskusikan perkembangan masalah psikologis yang dihadapi klien dari patah tulangnya dengan menanyakan bagaimana saat ini persepsi diri klien terhadap masalahnya (klien dapat menjelaskan sebab ketakutannya dan sekanrang klien merasa nyaman).
- b. Menjelaskan pada klien dan keluarga bahwa proses penyembuhan patah tulang itu terjadi secara bertahap dan membutuhkan waktu yang

lama sehingga diperlukan kesabaran (klien mampu menjelaskan kembali tentang proses penyembuhan patah tulang jika ditanya).

- c. Mengajukan pada klien agar tidak selalu merenungi masalah yang dihadapi dari patah tulangnya secara berlarut-larut (klien mau mengerti dan kooperatif).
 - d. Memberikan pujian atau menghargai usaha pemecahan masalah yang dilakukan klien terhadap patah tulang (klien semakin meningkat kepercayaan dirinya).
 - e. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan permasalahan yang dihadapi dari patah tulangnya (klien mengungkapkan permasalahan yang dialami).
 - f. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100 mg (obat masuk dan tidak menimbulkan reaksi).
3. Gangguan keterbatasan aktivitas berhubungan dengan adanya nyeri pada kaki kanan bila digerakan.

Tanggal 20 April 2001.

- a. Memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri karena adanya luka (klien mampu menjelaskan kembali penyebab nyeri jika ditanya).
- b. Membantu klien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya sebatas ketidak mampuan klien
- c. Memberi dorongan semangat klien agar mau melakukan latihan gerak dan mobilisasi dengan cara memberi pujian terhadap segala kemampuan yang dicapai klien dalam aktivitas.

4. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan kurangnya mobilisasi.

Tanggal 20 April 2001.

- a. Mengkaji tingkat gangguan eliminasi klien (klien kooperatif dan klien mengatakan belum bisa buang air besar).
- b. Memotifasi agar klien mau melakukan mobilisasi (klien mau mobilisasi / miring).
- c. Menganjurkan klien agar makan-makanan yang tinggi serat dan menghindari makanan yang dapat menimbulkan gas (klien makan-makanan dari rumah sakit dan klien kooperatif).
- d. Menganjurkan klien untuk minum banyak (klien minum kurang lebih 6-7 gelas / hari).
- e. Mengobservasi respon klien terhadap tindakan perawatan yang dilakukan (klien mampu mengungkapkan keluhan yang dirasakan saat ini, apakah sudah bisa buang air besar atau tidak).

5. Gangguan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan.

Tanggal 20 April 2001.

- a. Menjelaskan guna tidur bagi kesehatan klien (klien mengerti dan mampu menjelaskan guna tidur bagi kesehatan klien).
- b. Memberitahu klien bahwa nyeri berkurang secara bertahap (klien mengerti dan tidur dengan tenang).
- c. Mengkaji respon verbal dan non verbal klien (klien mengungkapkan masalahnya).

- d. Mengajarkan tehnik relaksasi pada klien dengan cara menarik nafas panjang dan mendengarkan radio bila nyeri timbul (klien mampu dan mau mencobanya).
- e. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian terapi analgetik (obat masuk dan tidak menimbulkan reaksi).

D. Evaluasi.

1. Catatan perkembangan.

- a. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki.

Tanggal 21 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan kaki kanan bagian bawah masih terasa nyeri.

Klien mengatakan jika nyerinya datang dia selalu berusaha mencoba melupakan dengan mendengarkan radio, membaca koran, tapi belum berhasil, dan masih merasakan nyeri, skala nyeri 6 (nyeri sedang).

2) Data obyektif.

Klien terbaring di rumah sakit dengan lemah, ekspresi wajah menyeringai kesakitan, selalu berhati-hati bila menggerakkan kaki kanannya, didapatkan nyeri tekan pada daerah luka. Suhu 37,5 C, nadi 88 kali / menit, tensi 110 / 70 mmHg, RR 20 kali / menit.

3) Assesment.

Masalah teratasi sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan diteruskan nomor 2, 4, dan 5.

Tanggal 22 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang, klien mengerti penyebab nyeri dan berusaha mencoba melupakan dengan mendengarkan radio dan membaca koran bila nyeri timbul.

2) Data obyektif.

Ekspresi wajah klien segar, tidak menyeringai kesakitan, klien mau mobilisasi, nadi 80 kali / menit, suhu 37,5 C, tensi 110 / 70 mmHg, skala nyeri 3.

3) Assesment.

Masalah teratasi.

4) Planning.

Tindakan perawatan dipertahankan.

- b. Gangguan konsep diri berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki kanan.

Tanggal 21 April 2001

1) Data subyektif

Klien masih menanyakan tentang kakinya apakah bisa sembuh sempurna tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan malu pada keadaanya saat ini.

2) Data obyektif

Klien sering memegang kaki kanannya sambil menyeringai kesakitan, klien takut untuk menggerakkan kakinya.

3) Assesment

Masalah teratasi sebagian

4) Planning

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2, 4, 5, dan 6.

Tanggal 22 April 2001

1) Data subyektif

Klien mengatakan sedikit lega, klien pasrah dengan keadaannya yang dialami dan klien bersyukur bila nanti kakinya bisa sembuh sempurna dan bisa berjalan seperti biasanya.

2) Data obyektif.

Klien tidak menarik diri dari lingkungan dan mau berbicara dengan sesama klien. Klien sudah mulai akrab dengan lingkungan sekitarnya terutama dengan sesama klien. Klien sering berkomunikasi dan bercanda sesama klien.

3) Assesment.

Masalah teratasi.

4) Planning.

Tindakan perawatan dihentikan.

- c. Keterbatasan aktivitas berhubungan dengan adanya nyeri pada kaki bila digerakan.

Tanggal 21 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan masih takut menggerakkan kaki kanannya. Yang dilakukan ditempat tidur hanya menggerakkan badannya dengan miring kanan atau kiri dan duduk.

2) Data obyektif.

Klien terbaring lemah ditempat tidur, ekspresi wajah menyeringai kesakitan, klien selalu berhati-hati bila menggerakkan kakinya, keperluan dibantu keluarga seperti buang air besar dan buang air kecil.

3) Assesment.

Masalah teratasi sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2, 4 dan 5.

Tanggal 22 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan sudah tidak takut menggerakkan kaki kanannya. Klien mengatakan bahwa kaki kanannya sudah terbebas dari rasa nyeri.

2) Data obyektif.

Ekspresi wajah klien segar, tidak menyeringai kesakitan, klien sudah bisa menggerakkan kaki kanannya secara perlahan-lahan.

3) Assesment.

Masalah teratasi.

4) Planning.

Tindakan perawatan dihentikan.

- d. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan kurangnya mobilisasi.

Tanggal 21 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan masih belum bisa buang air besar dengan lancar.

2) Data obyektif.

Masih terjadi pengerasan feces pada daerah sigmoid, perut klien masih kembung.

3) Assesment.

Masalah teratasi Sebagian.

4) Planning.

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2, 3 dan 4.

- e. Gangguan kebutuhan tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan.

Tanggal 21 April 2001.

1) Data subyektif.

Klien mengatakan nyeri berkurang dan bisa tidur.

2) Data obyektif.

Mata tidak sayu, dan bisa tidur siang, kebutuhan tidur klien terpenuhi yaitu 6 – 7 jam sehari.

3) Assesment.

Masalah teratasi.

4) Planning.

Tindakan perawatan dihentikan.

2. Evaluasi.

Merupakan evaluasi dari catatan perkembangan, maka didapatkan sebagai berikut :

Masalah nyeri dapat teratasi ditandai dengan klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengerti penyebab nyeri, ekspresi wajah klien segar, tidak menyeringai kesakitan, tensi 120 / 80 mmHg, nadi 88 kali / menit, skala nyeri 3.

Masalah konsep diri dapat teratasi ditandai dengan klien mulai akrab dengan sesama klien, klien mau bercanda dengan sesama klien, klien mengatakan perasaannya lega dan lebih tenang.

Masalah keterbatasan aktivitas dapat teratasi ditandai dengan klien mengatakan tidak takut melakukan mobilisasi perlahan-lahan karena nyeri sudah berkurang, ekspresi wajah klien segar, klien tidak menyeringai kesakitan.

Masalah eliminasi alvi (konstipasi) belum dapat teratasi ditandai dengan klien mengatakan belum bisa buang air besar dengan lancar masih ada pengerasan feces pada daerah sigmoid, perut masih kembung.

Masalah kebutuhan tidur dapat teratasi ditandai dengan klien dapat tidur dengan tenang, tidak terbangun pada waktu tidur, tidak menyeringai karena nyeri.