

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada klien Tn. P dengan pre operasi fraktur tibia terbuka dekstra dengan menggunakan proses perawatan yang dilaksanakan di ruang rawat inap Bedah RSUD Haji Surabaya pada tanggal 10 Juli sampai dengan tanggal 15 Juli 2000.

A. PENGKAJIAN

Tanggal 10 Juli 2000

1. Pengumpulan Data

a. Biodata

Nama: Tn. P, Umur: 23 tahun, jenis kelamin: Laki – laki, Pendidikan: SMA, Agama: Islam, Pekerjaan: Karyawan, Tanggal MRS: 8 Juli 2000, Diagnosa medis: Fraktur tibia terbuka dekstra, No. register: 207207

b. Keluhan utama

Pada kaki kanan bagian bawah terasa nyeri apalagi bila digerakkan 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, dirasakan setelah mengalami kecelakaan pada tanggal 8 Juli 2000 jam 09.15 WIB. Klien merasakan nyeri yang sangat dengan skala nyeri 8 kemudian klien dibawa ke RS Haji Surabaya dan oleh dokter klien dianjurkan untuk operasi lalu klien dikirim ke ruang bedah RSU Haji Surabaya, Dan klien dinyatakan operasi pada tanggal 14 Juli 2000.

3). Riwayat penyakit keluarga

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

d. Pola – pola fungsi kesehatan

1). Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sebelum MRS 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 lainnya. 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 MRS klien makan 3x /sehari 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 MRS Klien makan 3x / hari dan menghabiskan semua porsi yang disediakan rumah sakit seperti nasi, sayur dan daging, 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 MRS 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 digerakkan.

4). Pola eliminasi

Sebelum MRS Klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5x / hari tanpa ada keluhan, Buang air besar 1x / hari dengan lancar. Setelah MRS klien buang air kecil dengan lancar 4 – 5x / hari dengan dibantu di atas tempat tidur, klien selama di rumah sakit belum pernah buang air besar sama sekali sejak tanggal 9 Juli 2000.

5). Pola tidur dan istirahat

Sebelum MRS 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, rasa 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 menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu merupakan miliknya sendiri. Klien berharap apabila sembuh pulang ke rumah dan bekerja kembali. Klien mengatakan takut dan khawatir terhadap kondisi kakinya, takut kalau tidak bisa sembuh sempurna dan cacat.

8). Pola Hubungan dan peran

Klien adalah putra kedua dari empat bersaudara. Klien di rumah tinggal bersama orang tua dan ketiga saudara – saudaranya. Hubungan antara klien dengan keluarga dan masyarakat tetap baik meskipun klien berada di rumah sakit. Klien sering dijenguk baik keluarga maupun teman – teman sekampung atau sekerjanya.

9). Pola Reproduksi dan Seksual

Klien adalah seorang laki – laki berusia 23 tahun, anak ke 2 dari 4 bersaudara, status klien belum menikah.

10). Pola penanggulangan stress

Di rumah apabila klien mempunyai masalah selalu diutarakan pada temannya, kadang pada ibunya.

11). Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien adalah orang yang beragama Islam dan taat beribadah. Kewajiban melakukan 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 per menit. Tanda – tanda vital: tekanan darah : 110 / 70 mm Hg, Nadi: 88 x / menit, Suhu: 37,2 derajat celcius, RR: 20 x / menit klien terlihat menarik diri dari lingkungan, jarang berbicara dengan sesama klien. Klien sering bertanya tentang penyakitnya baik kepada dokter maupun perawat.

2). Sistem respirasi

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

3). Sistem Kardiovaskuler

Tidak ditemukan adanya takikardi, nadi 88 x / 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 x / hari Klien tidak terpasang katheter.

5). Sistem Gastrointestinal

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

6). Sistem Integumen

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

7). Sistem Endokrin

Tidak didapatkan adanya 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 bila menggerakkan kakinya.

9). Sistem Persyarafan

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

1. Pemeriksaan Penunjang

1). Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 10 Juli 2000

- BBS : 18 mm / jam
- Trombosit : 242.000 / mm³
- HB : 11,0 gr / dl
- PPT : 10,9
- Leukosit : 9000 / mm³
- APTT : 20,0
- PVC : 34,4 %

Tanggal 11 Juli 2000

- | | | |
|-------------------|----------------|--------------------|
| - Urea Natrium | : 10 mg / dl | [N: 10 – 20 mg/dl] |
| - Kreatinin serum | : 0,85 mg / dl | [N: < 1,5 mg/dl] |
| - SGOT | : 18 u / l | [N: , 25 u/l] |
| - SGPT | : 9 u / l | [N: , 29 u/l] |

2). Pemeriksaan Radiologi

Tanggal 11 Juli 2000

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

2. Analisa Data

a. Kelompok data pertama (tanggal 10 Juli 2000)

1). Data Subyektif

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

2). Data Obyektif

Klien terbaring lemah di tempat tidur, klien sesekali berhati – hati bila menggerakkan kakinya, wajah menyeringai menahan nyeri, pada pemeriksaan didapatkan nyeri tekan pada kaki. T: 110 / 70 mm Hg, N: 88 x / menit, S: 37,2° C, terdapat luka pada kaki dan bengkak.

3). Masalah

Rasa nyaman (nyeri)

4). Kemungkinan Penyebab

Adanya fraktur pada kaki

b. Kelompok data kedua

Tanggal 10 Juli 2000

1). Data Subyektif

Klien selalu bertanya mungkinkah kakinya bisa sembuh sempurna tanpa disertai kecacatan, Klien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini.

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 10 Juli 2000

1). Data subyektif

Klien mengatakan takut dan khawatir dengan keadaannya saat ini, klien takut kalau kakinya tidak bisa sembuh sempurna dan cacat.

2). Data obyektif

Ekspresi wajah klien murung, T : 110 / 70 mm Hg, N : 88 x / menit, klien menarik diri dari lingkungan, klien jarang berbicara dengan sesama pasien, klien sering bertanya tentang penyakitnya.

3). Masalah

Cemas

4). Kemungkinan Penyebab

Kurangnya informasi tentang kondisi penyakitnya.

d. Kelompok Data Keempat

Tanggal 10 Juli 2000

1). Data Subyektif

Klien mengatakan kaki terasa nyeri dan berat bila digerakkan, klien mengatakan takut terhadap proses penyembuhan patah tulangnya.

2). Data Obyektif

Klien terbaring lemah di tempat 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 kelima.

1) Data subyektif

Klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 9 juli 2000.

2) Data obyektif

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

3) Masalah

Eliminasi alvi.

4) Kemungkinan penyebab

Kurangnya mobilisasif.

f. Kelompok data keenam

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

Pola 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 : 88 x/menit, terdapat luka pada kaki dan bengkak.
- b. Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki ditandai dengan klien selalu bertanya mungkinkah kakinya bisa sembuh sempurna tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini, wajah klien murung dan jarang berbicara dengan sesama klien.
- c. Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya ditandai dengan klien mengatakan takut dan khawatir dengan keadannya saat ini, klien takut kalau kakinya tidak bisa sembuh sempurna, ekspresi wajah klien murung, klien jarang bicara dengan sesama klien.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada kaki kanan bila digerakkan ditandai dengan klien mengatakan kaki kanan terasa nyeri, klien mengatakan takut terhadap proses penyembuhan patah tulangnya, klien terbaring lemah di tempat tidur, keperluan klien dibantu seperti mandi, buang air besar dan buang air kecil.

- e. Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 9 Juli 2000, terjadi pengerasan feses pada daerah sigmoid, perut kembung.
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan ditandai dengan klien mengatakan kalau tidur sering terbangun karena nyeri, wajah menyeringai, tidur hanya 5-6 jam sehari.

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 di tempat tidur, klien selalu berhati-hati bila menggerakkan kakinya, wajah menyeringai menahan nyeri, pada pemeriksaan didapatkan nyeri tekan pada kaki, T: 110 / 70 mm Hg, N: 88 x / menit, S: 37,2° C, RR: 20 x / menit, Terdapat luka pada kaki.
 - 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
 - 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 dengan 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 analgesik

d. Rasional :

- 1).Klien mengerti penyebab nyeri sehingga mudah untuk diajak kerja sama dalam tindakan perawatan selanjutnya
 - 2).Dapat membantu mengurangi kecemasan klien serta dapat membantu klien melupakan rasa sakitnya
 - 3).Tehnik relaksasi dapat mengalihkan perhatian klien dan dapat mempertinggi kemampuan mengatasi masalah dalam pengelolaan nyeri
 - 4).Mengetahui gejala kelainan secvara dini
 - 5). Analgesik 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 dirinya dalam waktu dua hari.

b. Kriteria hasil :

- Klien mau bersosialisasi dengan sesama klien

- Tanda-tanda vital dalam batas normal [T : 120/80 mmHg, N : 60-80 x/menit]

c. *Rencana tindakan :*

- 1). Kaji tingkat ketakutan klien terhadap perubahan tubuhnya.
- 2). Motivasi klien untuk mengungkapkan masalahnya.
- 3). Jelaskan pada klien cara mengatasi masalah yaitu beradaptasi dengan lingkungan.
- 4). Laksanakan terapi dokter dalam pemberian analgesik
- 5). Anjurkan pada klien agar tidak selalu merenungi masalahnya.
- 6). Berikan pujian/harga usaha pemecahan yang dilakukan klien

d. *Rasional :*

- 1). Dapat digunakan untuk menentukan 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). Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri
 - 5). Dapat menurunkan kecenderungan klien terhadap masalah sehingga dapat meningkatkan harga diri klien.
 - 6). Memperkuat respon koping yang digunakan klien.
3. Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kondisi penyakitnya ditandai dengan klien mengatakan takut dan khawatir dengan keadaannya, klien takut kalau kakinya tidak bisa sembuh sempurna, ekspresi wajah klien

murung, klien menarik dari lingkungan, klien sering bertanya tentang penyakitnya.

a. *Tujuan:* cemas berkurang atau hilang dalam waktu 1 hari.

b. *Kriteria hasil:*

- Klien tidak menunjukkan tanda – tanda cemas seperti gelisah, murung, pandangan kosong.
- Klien terlihat lebih tenang.
- Tanda – tanda vital dalam batas normal [T : 120/80 mmHg, N : 60-80 x/menit]

c. *Rencana tindakan :*

- 1). Kaji tingkat kecemasan klien dengan memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan masalahnya.
- 2). Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan penyakit klien yang memerlukan waktu cukup lama untuk proses penyembuhannya.
- 3). Jelaskan semua tujuan dan prosedur perawatan maupun pengobatan yang akan dilakukan.
- 4). Jelaskan pada klien kalau kakinya nanti bisa disembuhkan.
- 5). Libatkan keluarga pada saat memberikan tindakan perawatan.
- 6). Ciptakan lingkungan yang menyenangkan dengan menjaga kebersihan dan ketenangan ruangan.
- 7). Beri dorongan klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan YME

d. *Rasional :*

- 1). Klien dapat mengungkapkan masalahnya sehingga dapat mengurangi kecemasan klien.

- 2). Klien dan keluarga mengerti dan memahami keadaan penyakitnya sehingga klien dapat menerima dan mau bekerja sama dalam tindakan perawatan.
 - 3). Klien mengerti tujuan dan prosedurnya dan memberi kesempatan pada klien menyiapkan mental sehingga akan meningkatkan nilai kooperatif dan mengurangi kecemasan.
 - 4). Supaya klien tidak merasa cemas.
 - 5). Keluarga adalah orang terdekat klien sehingga klien akan merasa lebih tenang pada saat dilakukan tindakan perawatan.
 - 6). Lingkungan yang bersih dan tenang dapat menimbulkan rasa aman, nyaman, dan menghindari dari rasa bosan.
 - 7). Perasaan tenang akan timbul bila klien mendekatkan diri pada Tuhan YME.
4. 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 klien 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 dengan miring kiri dan miring kanan terlebih dahulu
- 5). Libatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak

d. Rasional

- 1). Dengan memberikan penjelasan diharapkan klien mengerti penyebab aktivitas terbatas sehingga mudah untuk diajak kerjasama dalam tindakan perawatan selanjutnya.
- 2). Dengan membantu klien beraktivitas diharapkan dapat membantu memenuhi kebutuhan klien dan melatih untuk dapat memenuhi kebutuhannya sendiri sebatas ketidak mampuannya
- 3). Dengan memotivasi semangat klien diharapkan dapat menimbulkan keinginan klien untuk melakukan mobilisasi
- 4). Dengan mobilisasi diharapkan dapat mengurangi komplikasi dari bedres seperti ulkus dekubitus dan melatih klien beraktivitas
- 5). Keluarga merupakan orang yang terdekat dengan klien sehingga klien akan dapat terpenuhi kebutuhannya

5. Gangguan eliminasi alvi bewrhubungan dengan kurangnya mobilisasi ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa buang air besar sejak tanggal 9 Juli 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

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

d. Rasional :

- 1) Dapat diketahui sampai seberapa tingkat gangguan eliminasi alvi yang dialami klien
- 2) Dapat merangsang meningkatnya peristaltik usus sehingga proses pencernaan makanan dapat berlangsung lancar
- 3) Dapat membentuk terjadinya feses sehingga proses pengeluaran buang air besar dapat lancar
- 4) Dapat membantu melembabkan feses sehingga dapat memperlancar buang air besar

- 5) Dapat diketahui perkembangan respon klien yang ditunjukkan oleh klien
6. Gangguan pola 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.

a. Tujuan :

Pola tidur terpenuhi sehingga klien dapat tidur dengan nyaman dalam waktu 1 hari

b. 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 [T: 120/80 mmHg, N: 60-80 x/menit]

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 analgesik

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) Dapat mempertinggi kemampuan mengatasi masalah dalam penanganan nyeri sehingga dapat menambah kenyamanan klien dalam beristirahat atau tidur
- 5) Analgesik berfungsi untuk menghilangkan nyeri

C. PELAKSANAAN

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

Tanggal 11 Juli 2000

- a. Memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri karena adanya luka
- b. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100mg
- c. Merubah posisi klien dengan miring kiri dan miring kanan
- d. Mengkaji respon verbal dan non verbal klien

- e. Mengajarkan tehnik relaksasi pada klien dengan menarik nafas panjang dan mengalihkan perhatian klien dengan mendengarkan radio atau membaca majalah bila nyeri timbul
- f. Melakukan observasi gejala kardinal : T : 110/70 mmHg. N : 88x/menit.
S : 37,2⁰ C. RR : 20 x/menit.

Tanggal 12 Juli 2000

- a. Mengajak mendiskusikan kembali tentang perkembangan klien yang dihadapi klien dari lukannya
 - b. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100 mg
 - c. Menjelaskan pada klien penyebab nyeri dan proses penyembuhan yang bertahap
 - d. Mengkaji perkembangan respon klien terhadap tindakan untuk mengatasi nyeri (dengan tehnik relaksasi)
 - e. Melakukan observasi gejala kardinal : T : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,8⁰ C, RR : 20 x/ menit
2. Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki

Tanggal 11 Juli 2000

- a. Mengkaji tingkat ketakutan klien terhadap perubahan tubuhnya dengan cara menanyakan sejauh mana persepsi klien terhadap patah tulangnya serta kemampuan coping yang dapat digunakannya dalam mengatasi masalah.

- b. Memberikan dorongan terhadap klien dalam mengungkapkan permasalahannya dengan memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan permasalahan yang dihadapi klien dari patah tulang
- c. Menjelaskan pada klien cara mengatasi masalah yaitu dengan beradaptasi dengan lingkungan seperti saling mengenal antara sesama pasien yang satu dengan pasien yang lainnya.
- d. Melaksanakan terapi dokter dalam dalam pemberian terapi oral profenid 3 x 100 mg
- e. Menganjurkan pada klien agar tidak selalu merenungi keadaanya.
- f. Memberikan pujian atas usaha pemecahan masalah yang dihadapi klien

Tanggal 12 Juli 2000

- a. Mendiskusikan perkembangan masalah psikologis yang dihadapi klien dari patah tulangnya dengan menanyakan bagaimana saat ini persepsi diri klien terhadap masalahnya.
- b. Menjelaskan pada klien dan keluarga bahwa proses penyembuhan patah tulang itu terjadi secara bertahap dan membutuhkan waktu yang lama sehingga diperlukan kesabaran.
- c. Menganjurkan pada klien agar tidak selalu merenungi masalah yang dihadapi dari patah tulangnya secara berlarut – larut.
- d. Memberikan pujian atau menghargai usaha pemecahan masalah yang dilakukan klien terhadap patah tulang.
- e. Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan permasalahan yang dihadapi dari patah tulangnya.

f. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian obat oral profenid 3 x 100 mg.

3. Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kondisi penyakitnya

Tanggal 11 Juli 2000

- a. Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan masalahnya.
 - b. Menjelaskan pada klien tentang keadaan klien yang memerlukan waktu cukup lama untuk penyembuhannya
 - c. Menjelaskan pada klien kalau kakinya bisa sembuh dengan jalan operasi
 - d. Memberi dorongan klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan YME
4. Gangguan keterbatasan aktivitas berhubungan dengan adanya nyeri pada kaki kanan bila digerakkan

Tanggal 11 Juli 2000

- a. Memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri karena adanya luka.
 - b. Membantu klien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya sebatas ketidakmampuan 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.
5. Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan kurangnya mobilisasi

Tanggal 11 Juli 2000

- a. Mengkaji tingkat gangguan eliminasi klien
- b. Memotivasi agar klien mau melakukan mobilisasi

- c. Menganjurkan klien agar makan makanan yang tinggi serat dan menghindari makanan yang dapat menimbulkan gas
 - d. Menganjurkan klien untuk minum banyak
 - e. Mengobservasi respon klien terhadap tindakan perawatan yang dilakukan
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan

Tanggal 10 Juli 2000

- a. Menjelaskan guna tidur bagi kesehatan klien
- b. Memberitahunklien bahwa nyeri berkurang secara bertahap
- c. Mengkaji respon verbal dan non verbal klien
- d. Mengajarkan tehnik relaksasi pada klien dengan cara menarik nafas panjang dan mendengarkan radio bila nyeri timbul
- e. Melaksanakan terapi dokter dalam pemberian terapi analgesik

D. EVALUASI

1. Catatan perkembangan

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

Tanggal 12 Juli 2000

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.

2) Data obyektif

Klien terbaring lemah di tempat tidur, ekspresi wajah menyeringai kesakitan, selalu berhati – hati bila menggerakkan kaki kanannya, didapatkan nyeri tekan pada daerah luka. S :110/70 mmHg, N : 88 X/menit, S : 37,2^o C, RR : 20 X/menit

3) Assesment

Masalah teratasi sebagian

4) Planning

Tindakan perawatan diteruskan No. 2,4 dan 5

Tanggal 13 Juli 2000

1) Data subyektif

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

2) Data obyektif

Ekspresi wajah klien segar, tidak menyeringai kesakitan, klien mau mobilisasi, N : 80 X/menit, S : 36.8^o C, RR : 20 X/menit

3) Assesment

Masalah teratasi

4) Planning

Tindakan perawatan dihentikan

b. Gangguan konsep diri berhubungan dengan adanya fraktur pada kaki

Tanggal 12 Juli 2000

1) Data subyektif

Klien masih menanyakan tentang kakinya apakah bisa sembuh sempurna tanpa disertai kecacatan, klien mengatakan malu dengan keadaannya 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 13 Juli 2000

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. Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kondisi penyakitnya.

Tanggal 11 Juli 2000

1) Data subyektif

Klien mengatakan sudah tidak takut dan khawatir dengan keadaannya saat ini.

Data obyektif

Klien mau berbicara dengan sesama klien, ekspresi wajah klien ceria, klien sering bercanda dengan sesama klien.

2) Assesment

Masalah teratasi

3) Planning

Tindakan perawatan dihentikan

- d. Keterbatasan aktivitas berhubungan dengan adanya nyeri pada kaki bila digerakkan

Tanggal : 12 Juli 2000

1) Data subyektif

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

2) Data obyektif

Klien terbaring lemah di tempat 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 : 13 Juli 2000

1) Data subyektif

Klien mengatakan sudah tidak takut menggerakkan kaki kanannya.

Klien mengatakan bahwa kakinya 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 berhubungan dengan kurangnya mobilisasi

Tanggal 11 Juli 2000

1) Data subyektif

Klien mengatakan masih belum bisa buang air besar dengan lancar

2) Data obyektif

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

3) Assesment

Masalah teratasi sebagian

4) Planning

Tindakan perawatan dilanjutkan nomor 2,3 dan 4

e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri yang dirasakan

Tanggal 11 Juli 2000

1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri berkurang dan bisa tidur.

2) Data obyektif

Mata tidak sayu, klien 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, T : 120/80 mmHg, N: 88 x/menit.

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 cemas dapat teratasi ditandai dengan klien mengatakan sudah tidak takut dan khawatir dengan keadaannya, klien mau berbicara dengan sesama klien, wajah klien ceria.

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 belum dapat teratasi ditandai dengan klien mengatakan belum bisa buang air besar dengan lancar, masih ada pengerasan feses pada daerah sigmoid, perut masih kembung.

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