

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.F DENGAN DIAGNOSA
MEDIS PREOP FRACTURE TIBIA DI RUANGAN MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**



**Oleh :
MIRANDA SANTIKA NARALYAWAN
NIM. 1601057**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.F DENGAN DIAGNOSA
MEDIS PRE OP FRACTURE TIBIA DI RUANGAN MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademik Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :
MIRANDA SANTIKA NARALYAWAN
NIM. 1601057**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Miranda Santika Naralyawan

NIM : 1601057

Tempat, Tanggal Lahir : Marantutul 08 mei 1996

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *Tn,F* DENGAN DIAGNOSA MEDIS *PRE OPERASI FRACTURE TIBIA DI MELATI RSUD BANGIL*”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 24 September 2018

Yang Menyatakan,

Miranda Santika N

NIM. 1601057

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Faida Annisa, S.Kep.Ns.,MNS

Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns., M,Kes

NIDN:0708078606

NIDN. 070938372

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Miranda Santika Naralyawan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Pre Operasi Fracture tibia
Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal : 04 juli 2019

Oleh,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Faida Annisa, S.Kep.Ns.,MNS

NIDN.0708078606

Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes

NIDN.070938372

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes.

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang Karya Tulis Ilmiah di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 04 juli 2019

TIM PENGUJI

		Tanda Tangan
Ketua	: Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes	()
Anggota	: 1) Marlita Dewi Lestari, S.Kep.Ns., M.Kes	()
	2) Faida Annisa, S.Kep.Ns., MNS	()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati,S.Kep.,M.Kes

NIDN.07003087801

MOTTO

Diberkatilah orang yang mengandalkan TUHAN yang

menaruh harapan'nya kepada TUHAN

Ia akan seperti pohon yang ditanam di tepi air yang

merapatkan akar akarnya ke tepi batang air

Yeremia 17:7-8

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terimakasih saya kepada:

1. Tuhan YME, karena hanya atas izindan karuniaNya maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Pujisyukur yang takterhingga pada Tuhan penguasa alam yang mengabdikan segala do'a.
2. Ayah yang tercinta, Edison dan ibuku yang tercinta Nonia Amia yang telah memberikan dukungan moril maupun materi serta do'a yang tiada hentinya untuk kesuksesan saya, karena tiada kata yang seindah do'a dan tiada do'a yang paling khusus selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terimakasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan kedua orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cintaku untuk kalian berdua bapa dan ibuku. Yang kucinta
3. Adikku yang tercinta vhsna yang telah memberikan dukungan dan sendiran untuk segera menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Dan terimakasih karna telah bersedia membantu dan meminjamkan buku sebagai tambahan sumber untuk karya tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Faidah Annisa. S, Kep, Ns, MNS, Selaku Dosen pembimbing 1 dan Ibu Marlita Dewi Lestari, S. Kep, Ns. M. Kes selaku Dosen Pembimbing 2 beserta penguji dan pengajar, yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk dan mengajarkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai, agar saya menjadi lebih baik. Terimah kasih banyak Bapak dan Ibu dosen, atas jasa kalian yang akan selalu terpari di hati.

Terimakasih yang sebesar-besarnya untuk kalian semua, akhir kata saya persembahkan ini untuk kalian semua, orang-orang yang saya sayangi. Dan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang, Aamiinnn.

KATA PENGANTAR

Syukurlah yang kami panjatkan kehadiran ALLAH yang telah menimpahkan rahmat, taufik serta hidayah – nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Diagnosa Medis Pre Operasi Fraktur Tibia diruangan melati RSUD Bangil Pasuruan** “ ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan Akademi menyelesaikan program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada : Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa memberi rahmatnya sehingga proposal karya ilmiah ini selesai dengan baik

1. Orang tuatercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua ini berjalan dengan lancar
2. Faida Annisa,S,Kep,Ns,MNS selaku pembimbing 1 dalam pembuatan kaya tulis ilmiah.
3. Marlita Dewi Lestari. S.Kep.Ns,M,Kes Selaku pembimbing 2 dalam pembuatan karya tulis Ilmiah.
4. Pihak–pihak yang turut berjasa dalam penyusunan proposal karya tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Depan dan Prasyarat Gelar.....	ii
Surat pernyataan.....	iii
Lembar persetujuan.....	iv
Lembar pengesahan.....	v
Moto.....	vii
Lembar persembahan.....	ix
Kata pengantar.....	xi
Daftar isi.....	xiii
Daftar tabel.....	xiv
Daftar gambar.....	xv
DaftarPustaka.....	vx
BABI PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Blakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA KONSEPTUAL, DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	9
2.1 Konsep Dasar.....	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi.....	9
2.1.4 manifestasi klinis.....	11
2.1.5 Patofisiologi.....	11
2.1.6 diagnosa banding.....	11
2.1.7 komplikasi.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.9 Pencegahan.....	14
2.1.10 penatalaksanaan.....	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.3.1 Pengkajian.....	18
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	22
2.3.3 Interfensi dan Rasional.....	22
2.3.4 Implementasi.....	26
2.3.6 Evaluasi.....	28
2.3 Kerangka Masalah.....	32

BAB III TINJAUAN KASUS.....	33
3.1 Identitas Klien.....	36
3.2 Riwayat Keperawatan.....	36
3.3 Genogram.....	36
3.4 Pemeriksaan Fisik.....	45
3.5 Analisa Data.....	46
3.6 Daftar Masala Keperawatan.....	46
3.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	50
3.8 Rencana Tindakan Keperawatan.....	52
3.9 Implementasi Keperawatan.....	56
3.10 Catatan Perkembangan.....	56
3.11 Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB IV PEMBAHASAN.....	75
BAB V PENUTUP.....	75
5.1 Simpulan.....	76
5.2 Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN.....	79
Lampiran	1
Lampiran.....	2
Lampiran	3
Lampiran.....	4

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium dengan diagnosa medis Pre Operasi Fracture tibia di ruangan melati RSUD Bangil Pasuruan.....	53
Tabel 3.2	Analisa data dengan diagnosa medis Pre Operasi Fracture radius tibia diruangan melati RSUDBangil Pasaruan.....	56
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan dengan diagnosa Medis Pre Operasi Fracture Tibia diruangan melati RSUD Bangil Pasuruan.....	60
Tabel 3.4	Tindakan Keperawatan dengan diagnosa medis Pre Operasi Fracture tibia diruangan melati RSUD Bangil Pasuruan.....	65
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan Keperawatan dengan diagnosa Medis Pre Operasi Fracture tibia diruangan melati RSUD Bangil Pasuruan.....	70
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan dengan diagnosa medis Pre Operasi Fracture tibia diruangan melati RSUD Bangil Pasuruan.....	72

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian.....	91
Lampiran 2	Surat Balasan Ijin Penelitian.....	92
Lampiran 3	Informed Consent.....	93
Lampiran 4	Lembar Konsultasi.....	94

BAB 1

PEDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya (Branner Sudart 2005). Fraktur biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik kekuatan sudut dan tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak (Mansjoer ,2008), Dewasa ini melakukan pengobatan yang ada di Indonesia. Banyak pengobatan yang memasang iklan, belum lagi di media televisi, banyak pula pengobatan tradisyonal yang memiliki "show" sendiri, Salah satu pengobatan yang menjadi trend adalah pengobatan tradisyonal untuk patah tulang. Banyak dukun patah tulang yang membuka praktek tanpa kita ketahui dalam kompetensinya, meskipun memang ada beberapa tempat yang pengobatan internasional, yang dukun patah tulangnya telah mendapat pelatihan dan memang komponen untuk menangani patah tulang ringan. Banyak sekali laporan kasus yang menyebutkan kecelakaan, rasa nyerinya kronik, infeksi bahkan kematian setelah berobat ke pengobatan altermatif yang parahnya media masa nasional yang menunjukkan bahwa obat herbal yang paling banyak untuk digunakan untuk kasus gangguan kognitif yang seharusnya menjadi bagian dari dalam edukasi dan informasi masyarakat luar, yang justru pengobatan tradisyonal untuk semua korban patah tulang yang mengalami lumpuh pada patah tangan kananya,? masyarakat yang mengalami fraktur itu kebanyakan untuk ke rumah sakit, karena itu menjadi masalah bagi keluarga yang tidak mampu untu membayar biaya operasinya, Selain itu kebanyakan juga masyarakat yang mengalami fraktur patah tulang saat kecelakaan maka mereka menyatakan bahwa mereka ketakutan jika harus melakukan operasi, hal ini juga yang merupakan salah satu masalah sehingga masyarakat yang mengalami fraktur. Kebanyakan yang memili tidak berobat ke pengobatan medis dan lebih memili pengobatan tradisional patah tulang (Sudaryanti, dkk, 2014)

Menurut Menjoroh Word Health Organization (WHO), Pada tahun 2008 terdapat kurang lebih 13 juta kasus fraktur di dunia. Sementara tahun 2009 terdapat kurang lebih 18 juta

kasus dan 2010 mengalami peningkatan terbesar 21 juta kasus. Terjadinya kasus tersebut termasuk di dalamnya adalah insidenkecelakaan, cidera olahraga, bencana alam dan sebagainya (Mardiono, 2010). Kecelakaan merupakan factor penyebab dan memberikan kontribusi tertinggi terhadap kasus fraktur. Berdasarkan data dari Depkes RI (2007), di indonesia kejadian fraktur yang mencapai 1.3 juta setiap tahun dengan jumlah penduduk 238 juta, dan merupakan terbesar di Asia Tenggara. Kejadian fraktur di Indonesia sekitar delapan juta orang dengan jenis fraktur yang berbeda. Lasiden fraktur di Indonesia 5,5% dengan rentang setiap provinsi antara 2,2% dengan 25% yang mengalami kematian, 45%, mengalami 2 cacat fisik, 15% mengalami stress psikologis dan 10% mengalami kesembuhan dengan baik, Data dari rekaman medis Rumah Sakit Daerah Jawa timur jumlah kejadian fraktur pada tahun 2007 sebanyak 553 kasus, dari jumlah tersebut fraktur ekstremitas bawah sebanyak 263 kasus (38%). Data di RSUD Bangil Pasuruan

Menurut Oswari E, Pada tahun 2017 terdapat dalam buku ajar keperawatan medical bedah. penyebab fraktur adalah kekerasan langsung, kekerasan langsung yang menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya, kekerasan yang tidak langsung untuk menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat terjadinya, Kronologis adalah ilmu yang mempelajari tentang waktu atau sebuah kejadian pada waktu yang tertentu. Adapun juga kronologi digunakan dan manfaat pada sebuah kejadian criminal maupun noncriminal, Maka itu pengontrolan nyeri dapat berupa membedai dan menyangga daerah yang cedera, melakukan perubahan posisi dengan perlahan, meninggikan ekstremitas yang cedera setinggi jantung, memberikan kompres es bila perlu, memantau pembengkakan dan status neurovaskuler, memberikan analgetik sesuai ketentuan seawall mungkin pasien merasakan nyeri. Mengajarkan teknik relaksasi perawat berperan mungkin dalam membantu pasien, salah satunya dapat dilakukan memulai pendidikan kesehatan (Health Education) dengan cara ajaran pasien tentang teknik ambulasi, latih pasien dalam pemulihhan kebutuhan ADLs secara penuhi kebutuhan ADLs, ajarkan pasien bagaimana merubah poissi dan memberikan bantuan jika ada yang dipelukan. Pada Penyuluhan pasien fraktur terapi diet yang harus diberikan misalnya anjurkan untuk mengurangi kebiasaan minum kopi dan makanan protein yang berlebihan, kebiasaan ini dapat meningkatkan kehilangan kalsium dalam urin. Tingkatkan olahraga seperti renang, jalan, senam acrobik, dayung dll. Mobilitas yang harus dilakukan atau di perhatikan yaitu keadaan umum penderita, apakah merasa

kelelahan, pusing atau kecapean, pastikan pakian dalam keadaan longgar, gunakan gerakan badan yang benar untuk menghindari ketegangan atau teruka pada penderitaan, hindari gerakan yang sulit. Pada kasus fraktur keluarga berperan penting dalam pemberian motivasi dengan cara memberikan dorongan pada pasien agar tidak cemas pada penyakit yang di deritanya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien Tn,F dengan diagnosa medis Pre Op Fraktur tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien Tn,F dengan diagnose pre operasi fraktur tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2 Tujuan Kasus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada klien Tn,F dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien Tn,F dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan
4. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan
5. Mendokumentasi tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis pre operasi fracture tibia di ruangan Melati RSUD Bangil Pasuruan

3.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat

1.4.1 Secara Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sambungan bagi ilmu pengetahuan khususnya didalam hal dan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis pre operasi fracture tibia

3.4.2 Secara praktis, dan tugas akhir ini semoga bermanfaat.

3.4.3 bagi pelayanan keperawatan rumah sakit

- 1) Bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien fraktur dengan baik
2. Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelitian berikutnya, yang akan melakukan studi pada asuhan keperawatan pada klien fraktur

A. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien fraktur

3.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.1.1.1 Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien beserta keluarga maupun tim kesehatan

1.3.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan pada klien

1.3.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang menunjang menegakkan diagnose dan penanganan yang selanjutnya

1.3.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medis perawat, dan hasil dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari tentang buku sumber yang berhubungan dengan judul studi dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu. Bagian awal, membuat halaman judul, perstujuan pemimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi bagian inti terdiri dari lima bab, yang membahas tentang. masing masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah tujuan, manfaat, penelitian sistematik penulisan stud pada kasus

Bab 2 : Tujuan daftar pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan Asuhan keperawatan klien dengan diagnose medis, fraktur serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data pengkajian diagnosa perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran

1.6.1 : Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampirany

BAB 2

TINJAUN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teroritas mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien fraktur tibia. Konsep penyakit akan diuraikan defenisi, etiologi dan cara penenganan secara medis, Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah masalah yang muncul pada penyakitfraktur femur dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, atau evaluasi

2,2 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya konpitus tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Brunner&Suddarth, 2005). Fraktur femur adalah terputusnya konpitusnya batang femur yang bisa terjadi akibat trauma langsung (Kecelakaan lanlu lintas, dan jatuh dari tetinggian). Patah tulang pada daerah ini yang dapat menimbulkan perdahan yang cukup banyak, untuk mengakibatkan penderita jatuh dalam syok (FKUI, 1995)

2.1.2 Etiologi

Menurnya Oswari E, dalam buku ajar KMB2 Keperawatan Medikal Bedah, penyebab fraktur adalah kekerasan langsung, kekerasan langsung menyebabkan patah fraktur adalah kekerasan langsung menyebabkan patah tulang padah titik terjadinya kekerasan. Kekerasan tidak langsung , kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat yang terjadinya kekerasan. Kekerasan yang akibat tarikan otot, atau patah tulang akibat terikan otot yang jarang terjadi kekuatan dapat berubah puntiran, penekukan, penekanan.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut brunner & Suddarth, 2012 dalam buku ajar keperawatan medikal bedah yang terdapat dalam beberapa tipe fraktur yaitu

2.1.3.1 Fraktur yang komplek adalah patah tulang diseluru penampang lintang tulang yang sering kali tergeser. Fraktur inkomplet, juga disebut sebagai fraktur greenstick adalah patah tulang yang terjadi hanya pada sebagian dari penampang lintang tulang

2.1.3.2 Fraktur tertutup atau fraktur sederhana yang tidak menyebabkan robekan dikulit.

2.1.3.3 Fraktur yang terbuka, atau fraktur campuran atau fraktur kompleks yang merupakan patah dengan luka pada kulit atau membran mukosa yang meluas ke tulang fraktur. Fraktur yang terbuka dan diberi peringkat sebagai berikut.

- 1) Derajat I dengan luka bersih sepanjang kurang dari 1cm
- 2) Derajat II dengan luka yang begitu luas dengan tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas sengan tanpa kerusakan dengan jaringan lunak yang luas.
- 3) Derajat III dengan luka yang sangat terkontaminasi dan menyebabkan kerusakan jaringan lunak yang harus luas(tipe paling berat) Fraktur dapat juga didespresikan menurut penempatan fregman secara anatomik, terutama jika fraktur tergeser atau tidak tergeser. Fraktur intra artkular meluas ke permukaan sendi tulang

2. 1.4. Manisfetasi Klinis

Gejala yang sering muncul pada kaus fraktur adalah nyeri akut, nyeri adalah kondisika berupa perasaan yang tidak menyenangkan bersifat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skla atau tingkatnya, dan hanya orang tersebutnya yang dapat menjelaskan serta mengevalwasi rasa nyeri dialamimya (Aziz, 2009). Kehilangan fungsi, deformotas, pemendekan ekstremitas, kreptus, edema lokal serta ekimososis. Tidak semua manisfestasi ini terdapat dalam setiap fraktur

2.1.5 Patofologi

Fraktur gangguan pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma gangguan adanya gaya dalam tubuh, yaitu stres, gangguan fisik, gangguan metabolik, patologik. Kemampuan otot mendukung pada patah tulang yang menurun, baik yang terluka ataupun yang tertutup. Kerusakan pada pembuluh darah yang akan mengakibatkan perdarahan, maka volume darah yang menurun, COP menurun maka terjadinya perubahan perfusi jaringan.

Hematona akan mengeksudasi plasma dan poliferasi menjadi edema lokal maka penumpukan didalam tubuh. Fraktur yang terbuka akan tertutup dan akan mengenai saraput saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyeri dan nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai patah tulang yang dapat terjadi neurovaskuler yang

menimbulkan rasa nyeri agar gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu aa fraktur yang terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi pada infeksi terkontaminasi dengan udarah luar yang kerusakan dengan jaringan lunak akan mengakitbatkan kerusakan integritas kulit. Fraktur adalah patah tulang, yang biasanya disebabkan oleh trauma dan gangguan metabolik, patologik yang terjadi itu akan terbuka atau tertutup. Pada umunya pasien yang fraktur terbuka atau tertutup akan dilakukan imobilitas yang bertujuan untuk mempertahankan fregmen yang telah dihubungkan dengan tetap pada tempatnya sampai sembuh. (Sylvia, 2006).

2.1.6 Komplikasi

Salam buku (Brunner&Sudart) komplikasi fraktur adalah:

- 2.1.6.1 Malunion adalah keadaan dimana tulang yang patah telah sembu dari dalam posisi yang tidak pada seharusnya, membentuk sudut yang miring
- 2.1.6.2 Delayed union adalah proses pada penyembuhan yang berjalan terus menerus tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat dari kedalaman normal
- 2.1.6.3 Nonunion adalah patah tulang yang tidak menyambung kembali
- 2.1.6.4 Compartment syndrome adalah suatu keadaan peningkatan tekanan yang berlebihan didalam suatu ruangan yang sebabkan perdarahan masif pada suatu tempat.
- 2.1.6.5 Shock yang terjadi pada kehilangan banyak darah yang meningkatkan pada permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan penurunnya oksigenasi
- 2.1.6.6 Fat mobilisme syndrome adalah tetesan lemak masuk kedalam pembuluh
- 2.1.6.7 Tromboembolik complication, trombo vena didalam yang sering terjadi pada individu yang mobilitas dalam waktu yang begitu lama karena trauma.
- 2.1.6.8 Inveksi adalah sistim pertahanan tubuh yang rusak apabila ada trauma pada jaringan.
- 2.1.6.9 Avascular nekrosis, pada umumnya yang berkaitan dengan aseptic atau nekrosis iskemia.
- 2.1.6.10 Refleks sympathetic dysthropy hal ini yang sebabkan oleh hiperaktif sistem saraf yang sempatik abnormal sydroma ini belum banyak dimengerti, dan mungkin karena nyeri, perubahan tropic dan vasomotor instability.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Doegoes, 2000) pemeriksaan diagnostic fraktur yang diantaranya adalah

- 2.1.7.1 Pemeriksaan roentgen: menentukan lokasi atau luasnya fraktur
- 2.1.7.2 Skan tulang, tomogram, scan CT/MRI: memperlihatkan fraktur, juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi atau kerusakan jaringan lunak.
- 2.1.7.3 Arteriogram: yang dilakukan bila kerusakan vaskuler yang curigai
- 2.1.7.4 Hitung darah lengkap: Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurunkan (perderahan bermakna pada sisi fraktur atau organ yang jauh pada trauma multiple). Peningkatan sejumlah SDP adalah repon stress atau normal setelah trauma.
- 2.1.7.5 Kreatinin: trauma otot yang meningkatkan beban kreatinin
- 2.1.7.6 Profil keagulansi: Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

2.1.8 Pencegahan

Pencegahan fraktur dapat dilakukan untuk berdasarkan penyebabnya, Pada umumnya fraktur disebabkan oleh peristiwa trauma atau terjatuh dengan baik, ringan maupun berat. Pada dasarnya upaya pengendalian, kecelakaan atau trauma adalah suatu tindakan yang pencegahan terhadap peningkatan kasus kecelakaan yang menyebabkan fraktur.

Pencegahan primer: Dapat dilakukan dengan upaya yang menghindari terjadinya trauma bantuan, terjatuh atau kecelakaan lainnya. Dalam melakukan aktivitas yang berat atau mobilitas yang cepat dilakukan dengan cara hati hati, untuk memperlihatkan pedoman keselamatan dengan memakai alat perlindungan diri.

- 2.1.8.1 Sekunder untuk mengurangi akibat akibat yang harus serius dari terjadinya fraktur dengan memberikan pertolongan pertama yang tepat dan terampil pada penderita fraktur. Meningkatkan dari posisi yang benar atau tidak dimemperparakan bagian tubuh yang terkena fraktur untuk selanjutnya dilakukan dengan pengobatan.

2.1.8.2 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier pada penderita fraktur yang berjuang untuk mengurangi terjadinya komplikasi yang lebih berat dan memberikan tindakan pemulihan yang tepat untuk menghindari atau mengurangi kecacatan.

Pengobatan dilakukan dengan sesuaikan dengan jenis dan beratnya fraktur dengan tindakan operatif dan rehabilitasi. Rehabilitasi medis diupayakan untuk mengembalikan fungsi tubuh yang dapat kembali melakukan mobilitas seperti biasanya. Penderita fraktur yang telah mendapatkan pengobatan atau tindakan operatif, memerlukan latihan fungsional yang perlahan lahan untuk mengembalikan fungsi gerakan tulang yang patah

2.1.9 Penatalaksanaan

Prinsip penanggungan fraktur meliputi reduksi, pengembalian fungsi atau kekuatan dengan rehabilitasi (Brunner dan Suddart, 2002). Reduksi fraktur berate mengembalikan fregmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Metode untuk mencapai reduksi fraktur adalah dengan, reduksi tertutup traksi, dan reduksi terbuka. Metode yang dipilih untuk mereduksi fraktur yang tergantung pada sifat fraktur.

Pada kebanyakan kasus reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Selanjutnya traksi dapat dilakukan untuk mendapat efek reduksi dan mobilitas. Beratnya traksi dapat disesuaikan dengan spesme otot yang terjadi pada fraktur tertentu agar memerlukan reduksi terbuka dengan pendekatan dengan ahli bedah, fragmen tulang adalah reduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, skrup, dan paku atau batangan logam yang dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang solid yang terjadi. Tahap selanjutnya setelah fraktur direduksi adalah, mengimobilisasi dan mempertahankan fragmen tulang yang diposisikan dan kesejajarannya yang benar sampai terjadinya penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna dan fiksasi externa. Metode fiksasi extra yang meliputi

pembulatan, gips, badau, traksi kontin, pin, dan teknik gibs. Sedangkan implan logam yang digunakan untuk fiksasi interna mempertahankan dan mengembalikan fragmen tulang yang dapat dilakukan dengan reduksi dan mobilitasasi. Pantau status neurovaskuler, latihan isometrik dan memotifikasi klien untuk berpartisipasi dalam memperbaiki kemandirian dan harga diri (Burnner dan Suddarth 2005).

2.2 Dampak Masalah

2.2.1 Terhadap Klien

1) Biologis

Pada klien fraktur ini terjadi perubahan pada bagian tubuhnya yang terkena trauma, peningkatan motabolisme karena digunakan untuk penyembuhan tulang, terjadi pada perubahan asupan nutrisi melebihi kebutuhan yang biasanya terutama kalsium dan zat besi

2) Psikologi

Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari fraktur, perubahan gaya hidup. Yang kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dalam diri hospitalisasi rawat inap yang harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru serta tuakutnya terjadi kecacatan pada dirinya.

3) Sosiologi

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak akan sebentar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti kebutuhan sendiri seperti biasanya.

4) Spiritual

Klien yang mengalami gangguan kebutuhan spiritual yang sesuai dengan keyakinannya baik dalam jumlah ataupun dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri dan ketidakseimbangannya

2.2.2 Terhadap Keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya yang terkena fraktur adalah, timbulnya kecemasan yang akan dikeadaan pada klien, apakah nanti akan timbul kecemasan atau akan sembuh total. Koping akan tidak efektif yang bisa ditumpuh keluarga, untuk itu peran perawat disini sangat

vital dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu keluarga harus bisa untuk menanggung semua biaya perawatan dan operasi klien, Hal ini tentunya menambahkan beban bagi keluarga (Syamsul, 2014)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas Klien

2) Keluhan Utama

Klien mengatakan kaki bagian bawah kiri terasa nyeri saat digerakan

P= *Provoking incident (penyebab)*: patah tulang karena kecelakaan

Q= *Quality of pain (kualitas)*: seperti tertusuk tusuk

R= *Regio/daerah*: kaki kiri bagian bawah klien terasa nyeri dan menjalar ke seluruh tubuh

S= *Scale of pain*: skala nyeri 7

Skala Ringan: 1-3

Skala Sedang: 4-6

Skala Berat: 7-9

Skala Sangat Berat: 10

T= *Time*: saat kaki kiri klien digerakan klien terasa nyeri

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu dengan mengetahui mekanisme yang terjadi kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan dengan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk yang beberapa lama tulang tersebut akan akan menyambung. Penyakit penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologi yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu penyakit diabetes dengan luka dikaki sangat resiko terjadinya osteomyelitis akan maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang yang merupakan salah satu predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik

6) Pemeriksaan Fisik

1. B1 sistim pernafasan (Breath)

Menurut Brunner dan Suddarth (2002) Tinjauan pustaka didapat data, tidak perubahan yang menonjol seperti bentuk dada, ada tidaknya sesak nafas, suara tembahn, pernafasan cuping hidung. Sedangkan pada tinjauan kasus yang didapatkan pada data yang sama hal ini dikarenakan kesadaran pada klien yang sudah kembali pulih serta membaik

2. B2 sistim kardiovaskuler (Blood)

Menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka yang didapat didata, tekanan darah ini dapat normal atau hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri), hipotensi (respon terhadap kehilangan darah), takikardi, CTR melembab, bunyi jantung normal, kulit dan membrane mukosa pucat. Sedangkan pada tinjauan kasus didapat tekanan darah pada klien 140/90 mmhg, nadi 86x/menit, CTR < 3 detik sedangkan membrane mukosa lembab dikarenakan nutrisi klien yang sudah cukup terpenuhi, nafsu makan meningkat, makan 3x sehari porsi habis, kebutuhan cairan juga terpenuhi.

3. B3 sistim persyarafan (Brain)

Menurut Brunner dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data pusing saat melakukan perubahan posisi, nyeri akan otot, hipertensi tepat diatas daerah trauma dan mengalami deformitas pada daerah trauma, Sedangkan pada tinjauan kasus yang didapatkan yang sama hal ini dikarenakan adanya fraktur dan terjadi diskontinuitas jaringan kulit dan tulang yang mengakibatkan klien yang mengalami nyeri disaat melakukan perubahan posisi.

4. B4 sistim perkemihan (Bladder)

Menurut Brunnerth dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat pada data, pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih. Sedangkan pada tinjauan kasus yang didapat data yang sama hal ini dikarenakan klien tidak mengalami masalah pada perkemihan.

Defisit perawatan diri: klien BAK slalu dibantu oleh keluarganya ke kamar mandy

5. B5 sistim pencernaan (Bowel)

Menurut Brunnerth dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, Konstipasi, mengalami distensi abdomen dan peristaltic yang menurun atau hilang. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak didapatkan masalah konstipasi, tidak mengalami distensi abdomen dan tidak mengalami penurunan paristaltic dikarenakan efek dari anastesi yang dilakukan dimeja operasi per 24 jam akan kembali bsecara normal. Sehingga terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus

Defisit perawatan diri: klien BAB dibantu oleh keluarganya ke kamar mandy

6. B6 sistim musculoskeletal (Bone)

Menurut Brunnerth dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat data, inspeksi: apakah terjadi fraktur terbuka atau tertutup, adanya perdarahan, adanya pembekakan, palpasi : adanya krepitasi, adanya bnyeri, hilangkan tunas otot dan hilangkan reflek. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yang sama, inspeksi : Klien mengalami close fraktur, tidak ada perdarahan yang terlalu banyak karena klien mengalamni close fraktur, oedema (+), krepitasi (-) karena klien mengalami close fraktur, nyeri (+), ROM terbatas kehilangan tuans otot dan kehilangan reflek.

Nyeri: Pasien terasa sakit saat klien menggerakan kaki kiri

Hambatan mobilitas fisik: Keterbatasan pergerakan kelemahan

Defisit perawatan diri:kekuatan otot (5,5,3,5)

7. B7 sistim penginderaan: klien mengatakan segala aktifitasnya slalu dibantu oleh keluarganya

8. B8 (Endokrin)

Menurut Brunnerth dan Suddarth (2002) tinjauan pustaka didapat dat, tidak ada pembesaran kelenjar rhyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yang sama dikarenakan klien tidak ada pembesaran thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis

2.3.2 Diagnosa Keperawatan (sumber)

2.3.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen injurik fisik, spesme otot, gerakan fragmen, oedema, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi.

2.3.2.2 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan fraktur terbuka, pemasangan traksi (pen, kawat, skrup).

2.3.2.3 Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan rangka neuromusculer, nyeri, terapi restriktir (Imobilisasi).

2.3.2.4 Scok hipovolemik berhubungan dengan kehilangan volume cairan

2.3.2.5 Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah

2.3.3 Perencanaan (sumber)

2.3.3.1 Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri akut bilah ada patah tulang

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan nyeri berkurang atau dapat teratasi dengan kraterua hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebabnya nyeri, mampu menggunakan teknik
- 2) nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 3) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 4) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- 5) Nyatakan rasa nuaman setelah nyeri berkurang

Rencana tindakan:

- 1) Lakukan pengkajian nueri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipirasi.

R/ : untuk mengetahui karakteristik, frekuensi, durasi, kualitas dan lokasi nyeri yang dirasakan.

- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamananyang dirasakan pasien melalui

R/ : untuk mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan pasien melalui reaksi non

verbal.

- 3) Ajarkan teknik non farmakologi

R/ : agar pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dan dapat mengurangi rasa nyeri yang klien rasakan

- 4) Beri analgetik untuk mengurangi nyeri

R/ : untuk mengurangi rasa nyeri

- 5) Kolaborasi dengan tim dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

R/ : untuk pemberian terapi pada pasien untuk mengurangi nyeri

Diagnosa 2 : Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan fraktur terbuka,
pemasangan traksi (pens, kawat, sekrup)

Tujuan : setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit dapat terasa dengan kriteria hasil :

- 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur,
- 2) hidrasi, pigmentasi) tidak ada luka/lesi pada kulit
- 3) Perfusi jaringan baik
- 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan pencegahan terjadi
- 5) cedera berulang.

- 6) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami.

Rencana tindakan :

Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan sehat

R /: untuk melindungi kulit agar tetap bersih

- 1) Mobilitas pasien (ubah posisi pasien) setiap 2 jam sekali

R/: agar perfusi jaringan baik, mencegah adanya lesi

- 2) Monitor kulit akan adanya kemerahan

R/: agar mengetahui ada atau tidaknya resiko infeksi pada kulit

- 3) Cleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

R/: untuk mempertahankan kelembapan dan elastisitas pada kulit

Diagnosa 3 : hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi restiktir (imobilisasi).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan pasien mau melakukan mobilitas sesuai dengan terapi yang diberikan dengan kateria hasil :

- 1) Klien dapat meningkat dalam aktifitas fisik
- 2) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan
- 3) Mempengarahkan penggunaan alat
- 4) Bantu buntut mobilisasi (Walker)

Rencana Tindakan :

- 1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
R/: untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi
- 2) Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan pasien tentang teknik ambulasi
R/: agar pasien dan tenaga kesehatan lain mengetahui teknik yang benar dalam melakukan ambulasi
R/:Latih pasien dalam kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kamampuan
R/:agar dapat memenuhi kebutuhan ADLs sevara mandiri dan sesuai dengan kemampuan
- 3) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuh ADLs.
R/:agar pasien merasa aman dan nyaman dalam memenuhi kebutuhan ADLs, dan mencegah mobilisasi secara berlebihan yang sesuai dengan kemampuan pasien
- 4) Berikan alat bantu jika klien memerlukan
R/: untuk mempermudah pasien dalam melakukan mobilisasi

2.3.4 Implementasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri fisik, spesma otot, gerakan fragmen tulang oden, cedera jaringan lunak selama 2x24 jam dilakukan kegiatan seperti membina hubungan saling percaya, menjelaskan tentang nyeri dan menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, menjelaskan tentang nyeri dan mengajarkan teknik non farmakologis, perderahan sirkulasi ke jaringan perifer (CTR dan sianosis), berkolaborasi berikan cairan IV (cairan kristaloid NS atau RL, serta berkolaborasi dalam pemberian transfusi darah

Pada prioritas keperawatan gangguan perfusi jaringan yang berhubungan penyumbatan pembuluh darah selama 2x24 jam, dilakukan tindakan seperti memperhatikan adanya keluhan nyeri dada, palpasi dan pantau perfusi perifer dengan

mengkaji kekuatan nadi perifer, VTR, warna dan suhu kapiler

Pada diagnosa keperawatan resiko ketidak seimbangan elektrolit selama 2x24 jam, dilakukan tindakan seperti mengkaji status dehidrasi (kelembaban membran mukosa, tekanan darah normal), jika diperlukan mengkaji status nutrisi, serta mengkaji klien terhadap penambahan cairan

Pada diagnosa keperawatan resiko gangguan penurunan curah jantung yang berhubungan dengan efek obat spinal anestesi selama 2x24 jam, dilakukan tindakan seperti memantau tanda kekurangan atau kelebihan cairan, memberi dan memantau pemberian cairan sesuai kebutuhan klien, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat vasokonstriksi serta menjelaskan kepada klien tentang efek kerja obat spinal anestesi.

2.3.5 Pelaksanaan

Setelah perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang prioritas maka langkah selanjutnya adalah pelaksanaan tindakan keperawatan. Terkait dengan masala yang ada pada pasien fraktur, maka pelaksanaan tindakan keperawatan ditujukan pada klien, perawat dan keluarga. Pelaksanaan pada klien meliputi atau melakukan, dan membantu, mengarahkan kebutuhan dan aktifitas kehidupan sehari hari yang disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi klien pada saat itu. Pada keluarga ditunjukkan untuk memahami kebutuhan klien dan memotivasi klien untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan

2.3.6 Evaluasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, spasma otot, gerakan fragmen tulang, odema, cedera jaringan lunak selama 2x24 jam, diharapkan nyeri klien bisa berkurang yang ditandai dengan kemampuan klien mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, dan mampu menggunakan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri), mampu mengenal nyeri (skala, frekuensi dan tanda nyeri), klien mengatakan nyeri berkurang.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah selama 2x24 jam, klien dapat mengingatkan perfusi jaringan perifer ditandai dengan tekanan sistolik dan diastolik dalam batas normal, tidak ada tanda tanda peningkatan intrakranial.

Pada diagnosa keperawatan yang kerusakan integritas kulit berhubungan dengan

fraktur terbuka, pemasangan traksi selama 2x24 jam, diharapkan klien mengatkan kulit klien kembali tidak ada robekan, karena fraktur ditandai dengan klien mengatakan rasa ketidaknyamanannya berkurang, keadaan, kulitterbaik, melindungi kulit, mempertahankan kelembapan.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular, nyeri, terapi imobilisasi selama 2x24 jam, diharapkan klien mengatakan bisa membelok balikan posisi, meningkatkannya kemampuan klien dalam melakukan aktifitas fisik, klien bisa bergerak berpinda pindah tempat, meengerti tujuan dari mobilisasi

Pada diagnosa keperawatan resiko infrksi yang berhubungan dengan trauma, imunisasi tubuh primer menurun, prosedur invasi; (pemasangan traksi) selama 2x24 jam diharapkan klien tidak merasakan panas dan odem yang ditandai dengan klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, yang menunjukkan perilaku hidup sehat.

Pada diagnosa keperawatan resiko syok (hipovelemik) berhubungan dengan kehilangan volume darah traumah (fraktur) selama 2x24, diharapkan klien mengatakan tidak terjadi syok berulang karena fraktur yang ditandai dengan nadi dalam batas normal mata cekung tidak ada, serta tidak terjadi demam.

Pada diagnosa perdarahan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan klien perdarahan dapat dihentikan atau terasi ditandai dengan tidak ada tanda tanda perdarahan , tanda tanda vital dalam batas normal (_ Nadi=60-100x/menit; TD=110-140/70-90 mmHg; Suhu= 36,5-37, 5 C; dan RR= 16-24 x/menit), CTR,2 detik serta akral hangat.

Pada diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan yang berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, dilakukan seperti memperhatikan adanya keluhan nyeri ddam palpitasi dan dan pantau perfusi periefr dengan mengkaji kekuatan nadi perifer, CTR, warna dan suhu kapiler.

Pada diagnosa keperawatan resiko cedera yang berhubungan dengan gangguan integrasi tulang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, resiko cedera dapat tertasik ditandai dengan klien bebas dari cedera tidak ada infeksi lokal atau sistematik.

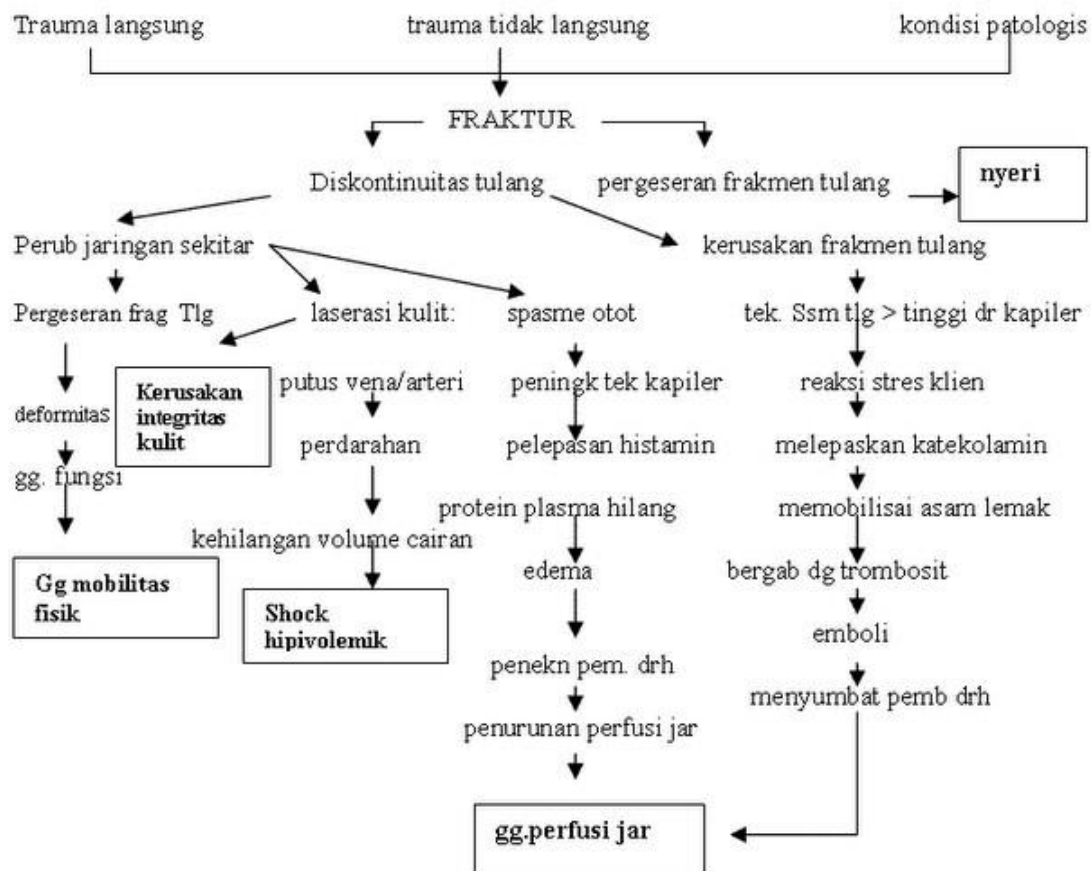
Pada diagnosa keperawatan ketidaksimbangan elektrolit setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, resiko ketidkakseimbangan elektrolit dapatterasi

ditandai dengan urin output sesuai dengan usia BB, tidak ada tanda dehidrasu, turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Pada diagnosa keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan pemasangan eksternal fixation setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, citra diri klien meningkat ditandai dengan klien mampu menyatakan atau mengkomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi, mampu menyatakan pemerintaan diri terhadap situasi

Pada diagnosa keperawatan reiko dengan gangguan penurunan curah jantung yang berhubungan dengan efek obat spinal anestesi dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan status curah jantung klien normal yang ditandai dengan adanya peningkatan atau penurunan TD tidak lebih dari 20% dari yang sebelumnya (180/110 atau 120/60), perubahan nadi tidak lebih 20% dari yang sebelumnya (>50x/mnit).

1.2 Pathway



BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang mulai dari tahap pengkajian diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi

Tanggal pengkajian: 04 -02 2019

Jam:15:30

Tanggal MRS: 3 Februari 2019

Ruangan:Melati

No.Rekam Medis: 00318799

Diagnose Medis:Pre Op Fracture tibia

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien atas nama Tn.F Berusia 45 tahun, bersuku jawa, agama islam, mempunyai tingkat pendidikan SD, pekerjaan Suasta, beralamat bujeng, RT 03-RW 03, Untuk penanggung biaya selama perawatan Ny.y, yang merupakan sebagai istri

3.1.2 Riwayat Keperawatan Skarang

Klien mengatakan bahwa kaki kiri bagian bawah tidak bisa untuk digerakan karea terasa nyeri

3.1.2.1 Keluhan Utama:

Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kiri bagian bawah terasa nyeri karena adanya patah tulang disebabkan kecelakaan, seperti tertusuk tusuk,di area tangan,? nyeri menjalar keseluruhan tubuh, skala nyeri yang dirasakan 7, nyeri terasa saat digerakkan.

3.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada tanggal 03-02-2019 sekitar jam 04.30 klien jatuh dari sepeda motor dan menahan dengan kaki untuk menjaga tubuhnya yang jatuh. Jam 16 sore pasien dibawah ke puskesmas tulangan agar pasien langsung dirujuk ke RSUD BANGIL. Tiba di RSUD klien dikaji oleh perawat dan terdapat dengan diagnosa medis pre op fracture tibia kemudian sekitar 15,30, klien dipindahkan ke ruangan meleti untuk melakukan perawatan selanjutnya.

3.1.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

3.1.3.1 Penyakit yang pernah diderita:

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami fraktur sebelumnya, pasien juga tidak memiliki penyakit yang menular ataupun menurun seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, Asma, Hepatitis

1). Operasi: Klien tidak pernah mengalami operasi sebelumnya

2). Alergi: Klien tidak menderita alergi

3.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

3.1.4.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit menular ataupun menurun seperti, Hipertensi, Diabetes Melitus, Asma, Hepatitis

3.1.4.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Keluarga klien mengatakan lingkungan rumah klien baik, hubungan klien dengan tetangga juga baik, hubungan didalam keluarga juga harmonis

3.1.4.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Klien mengatakan klien tidak berkonsumsi minuman beralkohol, klien juga tidak mempunyai kebiasaan untuk merokok

3.1.5 Status Cairan Nutrisi

3.1.5.1 Nafsu Makan: Pada saat dirumah sakit klien tidak mengalami penurunan nafsu makan

3.1.5.2 Pola Makan: Saat dirumah klien makan 3x1 porsi biasa habis, sedangkan dirumah sakit klien makan 3x1 porsi tidak habis

3.1.5.3 Minum: Klien mengatakan mengonsumsi air putih

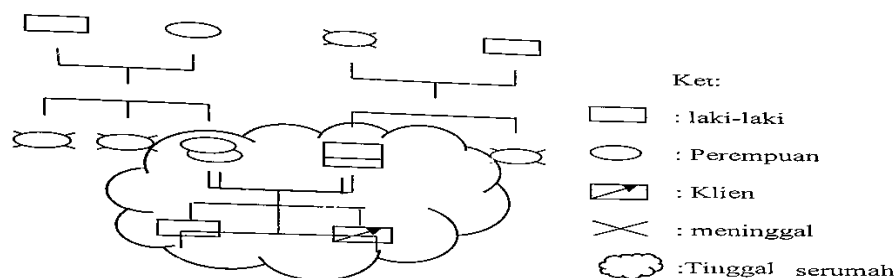
3.1.5.4 Jumlah: 1500cc/hari

3.1.5.5 Pantangan makan: Tidak ada pantangan makan yang diberikan kepada klien

3.1.5.6 Keluhan lain: Tidak ada

3.1.5.7 **Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Genogram (3 generasi)



Gambar 3.1 genogram

3.1.7 Pemeriksaan medis

3.1.7.1 Keadaan umum: Keadaan umum klien lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6

3.1.7.2 Tanda Vital

Tekanan darah 180/100mmHg, suhu 36°c lokasi penghitungan aksila nadi 96,x/mnit, lokasi penghitungan: Radialis, Respirasi RR 25x/mnit

3.1.7.3 Respirasi (B1)

Bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas irama teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan (baik chyne stokes, biot maupun kussmaul). Retraksi otot bantu nafas tidak ada, perkusi : Thorak sonor, alat bantu nafas tidak ada, fokal fremitus: getaran pada penggung sisi kanan dan kiri sama, suara nafas: Tidak ada nafas tambahan

Masalah keperawatan: Tidak masalah keperawatan yang muncul

3.1.7.4 Kardiovaskuler (B2)

Nyeri dada tidak ada nyeri dada, irama jantung teratur, palpasi kuat, posisi ICS IV midclavicular sinistra ICS midsternalis dextra, bunyi tunggal S1 S2 tunggal Lup Dup, CRT < 2 detik, tidak ada Cianosis, Clubung finer tidak ada clubbing finger, CVP 4 cm.

Masala keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

3.1.7.5 Persyarafan (B3)

Kesadaran compass mentis, orientasi klien mengatakan dijaga oleh istrinya dan ketika Tanya tentang 3 orang yang ditempat itu yang menjaga dirinya. Klien mengatakan bahwa dirinya berada di rumah sakit untuk menjalani perawatan ketika ditanya tentang tempat dia berada saat ini. Klien mampu mengenali waktu dengan baik, tidak kejang, Tidak ada kakuh kuduk, Tidak ada nyeri kepala, istirahat/tidur, saat sebelum sakit klien jarang tidur siang karena sekolah dan tidur malam hari yaitu 8 jam (dari jam 21.00-05,00). Saat klien tidur siang 3 jam/hari, malam 8 jam/hari, Tidak ada kelainan nervus cranialis

3.1.7.6 Genetourinaria (B4)

Bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, produksi urin 1200 ml/hr, warna jernih, bau khas urine, tempat yang digunakan kamar mandi, pasien ke kamar

mandy dibantu oleh keluarga atau istrinya, Klien tidak mampu melakukan tugas fisik dan aktivitas seperti perawatan diri secara mandiri, klien diseka sehari sekali oleh istri dan keluarganya terkadang tidak tidak diseka, jarang mengganti baju karena sulit untuk digerakan terutama pada ektremitas yng sakit

Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri

3.1.7.7 Pencernaan (B5)

Mukosa lembab, bibir kering, lidah kotor, rongga mulut bersih, pasien tidak menggosok gigi, keadaan gigi tidak ada caries, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat diinspeksi bentuk abdomen simetris, normal, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, peristaltic 21x/menit, BAB 1x pada saat dirumah sakit tanggal 06-02-2019 dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, tempat yang digunakan kamar mandi, tidak ada pemakaian obat pelancar

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7.8 Muskulokeletal dan integument (B6)

Kemampuan pergerakan sandi dan tungkai : bebas, kekuatan otot ekstremitas atas (5,3, ekstremitas bawah 5,5). Terdapat fraktur pada kaki sebelah kiri, tidak dilokasi, akral hangat, turgor menurun, kembali > 3 detik, tidak ada oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan kurang, semua aktivitas klien dibnatu oleh keluarga seperti maka,

minu, dan seka. Klien mengatakan kaki kiri terasa sakit saat digerakan. Masalah **keperawatan**: Nyeri akut, hambatan mobilitas fisik

3.1.7.9 Penginderaan (B7)

1 Mata:

pupil isokar, reflek cahaya normal, konjitif normal, tidak ada anemis, sklerah

Sklerah putih ada sektret, pelbebra normal, tidak ada alat bantu, pergerakan

Bola mata normal

2 Hidung: mukosa lembab, tidak ada sekret

3 Telinga: bentuk simetris, ketajaman pendengaran normal

4 Perasah: bisa merasakan rasa pahit, manis, asam dan asin

5 Peraba: normal

3.1.7.10 Endogrim (B8):

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar

Parotis, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7.11 Data Psikososial

1) Gambar diri/citra diri:

Tanggapan tentang tubuhnya: klien menyukai semua bagian tubuhnya

Bagian tubuh yang disukai: semua bagian tubuhnya

Bagian tubuh yang kurang disukai: tidak ada

2) Identitas:

Status klim dalam keluarga:

Kepuasan klien terhadap status dan posisi dalam keluarga: klien senang terhadap status dan posisi sebagai suami kepuasan klien terhadap jenis kelamin: klien bersyukur menjadi laki laki

3) Peran :

Tanggapan klien tentang perannya: klien menjalani peran sebagai suami

Kemampuan/kesanggupan klien melaksanakan perannya: klien mampu dan sanggup menjalankan tugas sebagai suami

4) Ideal diri:

Harapan klien terhadap tubuhnya:klien berharap tubuhnya sehat, kembali dan dapat, melakukan aktivitas kembali

Posisi (dalam pekerjaan):klien tidak bekarjah

Sekolah:klien sudah tamat

Keluarga:-

Masyarakat:anggota masyarakat

Tempat/lingkungan kerja:-

Harapan klien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan:klien berharap penyakit dapat sembuh dengan bantuan tenaga kesehatan

5) Harga diri:

Tanggapan klien terhadap harga dirinya:klien menghargai dirinya

6) Data social:

Hubungan klien dalam keluarga: Baik

Hubungan klien dengan klien lain: Baik

Dukungan keluarga kepada klien: Baik

Reaksi klien saat interaksi: Klien kooperatif

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7.12 Data spiritual

- 1) Konsep tentang penguasa kehidupan: Klien percaya dengan keyakinan
- 2) Sumber kekuatan/harapan saat sakit: Keluarga
- 3) Ritual agama yang bermakna/berate/harapan saat ini: Beribadah dan berdoa
- 4) Sarana/peralatan/orang yang diperlakukan untuk melakukan ritual:-
- 5) Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: Klien yakin pasti sembuh
- 6) Persepsi terhadap penyakit: Klien menganggap penyakit adalah ujian

3.1.7.13 Data Penunjang

1) Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn.F pada tanggal 05 februari 2019

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
WBC (Leukosit)	6,31	4,8-10,8
RBC (Eritrosit)	4,56	4,2-6
HBG(Hemoglobin)	12,9g/dl	12-18 g/dl
PLT (Trimbosit)	207	150-450
MCV	82,1	79-99 fl
MCH	28,1	27-31 pg
MCHC	34,2	33-37 g/dl
RDW-CV	37,3	35-47
PDW	12,4	11,5-14,5 %
MPV	15,5	9-17 fl
P-LCR	11,9	9-13 fl
PCT	39,1	13-43 %
EO%	0,25	0,150-0,400 %
BASO%	1,0	0-1 %
NEUT%	0,5	0-1 %
LYMPH%	60,7	50-70 %
MONO	31,1	25-40 %
EO#	6,7	2-8 %
BASO#	0,06	10
MONO	0,03	10
NEUT	0,42	10

KLINIK		
Gula darah sewaktu	93	<140 ml/dl
Bun	9,3	6-23 ml/dl
Creatinin	,7	0,7-1,2 ml/dl
SGOT (AST)	14	<40 U/L
SGPT (ALT)	10	<41 U/L
Nutrisi	142	137-145 mmol/L
Kalsium	4,1	3,6-5 mmpl/L

2)x-Ray

Klien melakukan foto rongseng pada tanggal 06 february 2019 tidak ada hasil bacaan

3.1.7.13 Therapy: pada tanggal 06 february 2019

- 1) Infus Ringer Laktat 1000cc/24 jam
- 2) Injeksi Ceftriaxon 2x1 gram
- 3) Injeksi Ketorolac 2x10 mg
- 4) Injeksi Antrain 3x1 gram

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tanggal:04 -02 -2019

Nama Klien:Tn.F

Umur:66 tahun

No. RM:00 318 317

Tabel 3.2 Analisa Data Pada Tn.F dengan diagnosa suspek fracture tibia 1/3 Distal

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: Klien mengatakan bahwa kaki kiri bagian bawah terasa nyeri, nyerinya seperti tertusuk tusuk dan hilang timbul. skala 1-10 klien memiliki 7 untuk menggambarkan rasa nyerinya</p> <p>DO: Terdapat fraktur disebelah kaki kiri</p> <p>=GCS 4-5-6</p> <p>=RR:21x/mnit</p> <p>=TD:120/70 mmHg</p> <p>=N:78x/mnit</p> <p>=S36,2'c</p>	Fraktur	Nyeri akut

2	<p>Ds: Klien mengatakan kiri sebelah bagian bawah sulit untuk digerakan</p> <p>Do: Keadaan umum lemah</p> <p>1) GCS:4-5-6</p> <p>2) Rr:21x/menit</p> <p>3) Nadi:79x/menit</p> <p>4) Td:120/70mmHg</p> <p>5) Suhu:36,2'c</p> <p>6) Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">3</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	3	5	Fraktur	Hambatan mobilitas fisik
5	5						
3	5						

3.2.2 Daftar masalah keperawatan

3.2.2.1 Nyeri akut

3.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik

3.3.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan fracture

3.3.2.2 Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan penyambungan fragmen Tulang yang belum sempurna.

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal:04-02-2019

Nama Klien:Tn.F

Umur:66

No.RM:00 318 317

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Tujuan/kateria hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang dengan</p> <p>Kateria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tambah rileks -K/u:baik -nyeri berkurang atau hilang -Skala nyeri 1-3 -Luka membaik Ttv dalam batas normal 	<p>BHSP</p> <p>Observasi Ttv</p> <p>Kaji skala nyeri</p> <p>Berikan posisi yang nyaman kepada klien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan 2. Untuk mengetahui keadaan umum klien dan menemukan intervensi selanjutnya 3. Mempermudah melakukan intervensi. 4. Mengurangi rasa nyaman dan klien tampak rileks

2	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan klien mampu melakukan aktifitas secara mandiri dengan keteria hasil</p> <p>K: keluarga klien atau klien mengetahui tentang fraktur</p> <p>A:keluarga klien mau membantu klien dalam melalukan teknik ROM</p> <p>P:keluarga klien dank lien mau dan dapat melakukan teknik ROK</p> <p>Kekuatan tonus otot klien normal 5,5,3,5</p> <p>Klien mengatakan tangan kanan klien dapat digerakan sedikit</p> <p>RR klien normal: 18-20x/mnit, Nadi normal:100-120/80-100mmHg.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 BHSP 2. Kaji kekuatan tumos otot klien 3. Anjurkan klien untuk melakukan rentang gerak aktif dan pasif pada ekstremitas 4. Menjelaskan tentang penyebab pasien tidak bisa bergerak bebas kepada klien dan keluarga klien 5. Meberikan posisi yang nyaman untuk klien 6. Kaji Ttv klien 7. Kolaborasi dengan tim medis yang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Untuk memudahkan Dalam melakukan tindakan keperawatan 2. Mengetahui perkembangan kesehatan klien 3. Meminilmalkan atrofi otot peningkatan sirkulasi, mencegah kontraktur 4. Memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan 5. Meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral 6. Mengidentifikasi munculnya masala lain 7. Mempercepat penganangan berbagai masala yang muncul
---	--	---	--

3.4 Implementasi Keperawatan

Tanggal: 04-02-2019

Nama Klien:Tn.F

Umur:66

No.RM:00 318 317

Tabel 3.3 Implementasi keperawatan Pada Tn.F Dengan diagnose medis fracture tibia

Waktu/tgl	Implementasi	Paraf
04 feb 2019	1. Membina hubungan saling dengan pasien dan keluarga klien, memperkenalkan dan tersenyum rumah	
15.30	2. Mengajarkan klien mengemati nyeri dengan cara menarik dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung keluarkan lewat mulut perlahan dan mengalikan klien dengan mengajak bicara atau nontan Tv	
16.00	3. Menjelaskan penyebab nyeri kepada klien dan keluarga klien	
16.30	4. Memberikan posisi yang nyaman buat klien heapup, 30	
17.30	2. Mengkaji kualitas nyeri dan dirasakan dilokasi nyeri, lokasi nyeri pada tangan bagian kanan terasa ditusuk skala nyeri, 5 cemet cemet dan hilang timbul	
18.00	3. Mengkaji Ttv klien: TD, 120/70 mmHg, S 37x/mit, N 78x/mnit	
	4. Kolaborasi dengan tim dokter dalam perberian terapi: Infus RT 500cc, Injeksi ketorolac 500mg, Injeksi ceftriaxone 500mg	

04 2019 09.00 10.00 10.45 11.25 11.50 12.30	feb	<p>2. Membina saling percaya dengan klien dan keluarga</p> <p>3. Mengajarkan klien management nyeri dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung keluarkan melalui mulut, perlahan dan mengalikan perhatian klien dengan mengajak berbicara atau meenonton tivi</p> <p>4. Memberikan klien posisi yang nyaman: head up 30'</p> <p>5. Mengkaji kualitas nyeri yang dirasakan klien dan lokasi nyeri, lokasi nyeri pada tangan sebelah kanan dengan skala 5, nyeri cenat cenut dan hilang timbul</p> <p>6. Mengajarkan klien teknik manejemen nyeri, bisa dengan melakukan teknik nafas dalam atau bisa juga mengonbrol</p> <p>7. Mengkaji Ttv TD 120/70mmHg, S 37;2'c, N,78x/menit</p> <p>5. Koborasi dengaan tim dokter dan pemberian terapi: Infus Ringer Laktat 500cc, Injeksi kerorolac 500mg, Injeksi Ceftriaxon 500mg, Injeksi Tranexaman 500mg, Injeksi Ranitidin 50mg</p>	
--	-----	--	--

No	Tanggal/waktu	Implementasi	Paraf
01	05 feb 2019 20.30 21.00 22.30 23.00 24.00	1. Membina saling percaya dengan klien dan juga kepada keluarga klien, memperkenalkan diri dan senyuman ramah. 6. Mengajarkan klien bagaimana mengement nyeri dengan cara bernafas melalui hidung dan lepaskan melewati hulu. 7. Mengkaji kualitas nyeri yang dirasakan klien dan lokasi nyeri. 8. Mengajarkan klien pada teknik menejamen nyeri, bisa dengan melakukan teknik dengan nafas dalam atau bisa juga mengobrol. 9. Mengkali ttv klien TD. 120/70mmHh. S,37,2'C. N, 78X/menit 10. Kolaborasi dengan tim dokter dan pemberian terapi: infus Ringer Lekat 500cc, Injeksi Ketorolak 500mg, Injeksi Cefriaxon 500ccmg, Injeksi Tranexamam 500ccmg, Injeksi Ranitidin 50mg	

02	05 feb 2019	<p>1. Membina saling percaya dengan klien dan keluarga klien, memperkenalkan diri dan senyuman ramah</p> <p>09.00</p> <p>1. Mengajarkan klien management nyeri dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung keluarkan melalui mulut, perlahan dan mengalikan perhatian klien dengan mengajak berbicara atau meenonton tivi</p> <p>09.45</p> <p>10.30</p> <p>11.30</p> <p>11. Memberikan klien posisi yang nyaman: head up 30'</p> <p>12.00</p> <p>14.30</p> <p>12. Mengkaji kualitas nyeri yang dirasakan klien dan lokasi nyeri, lokasi nyeri pada kaki sebelah kiri dengan skala 5, nyeri cenat cenut dan hilang timbul</p> <p>13. Mengajarkan klien teknik manajemen nyeri, bisa</p> <p>14. dengan melakukan teknik nafas dalam atau bisa juga mengontrol dan Mengkaji Ttv TD 120/70mmHg, S 37;2'c, N,78x/menit</p> <p>15. Koborasi dengaan tim dokter dan pemberian terapi: Infus Ringer Laktat 500cc, Injeksi kerorolac 500mg, Injeksi Ceftriaxon 500mg, Injeksi Tranexaman 500mg, Injeksi Ranitidin 50mg</p>	
----	-------------	--	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Keperawatan

Nama klien:Tn.F

Umur:66

No. R.Medis:00 318 317

Tabal 3.6: Catatan Perkembangan untuk diagnose keperawata nyeri akut berhubungan dengan tintadagn inasif operasif

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
05-feb-2019 09.00	Nyeri Akut	<p>S:Klien mengatakan kaki kiri bagian bawah terasa nyeri</p> <p>P: Fraktur radius tibia</p> <p>Q: Seperti ditusuk tusuk</p> <p>S: Kaki kiri bagian bawah</p> <p>T: Cenuh cenuh</p> <p>O: k/l lemah, GCS 4-5-6. D=110/70mmHg, N=78x/menit, S=36°C</p> <p>Klien tampak menyeringai</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Kaji kualitas nyeri klien dan lokasi nyeri 3. Ajarkan klien tentang teknik manajemen nyeri 4. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat relaksasi 	

05 feb 2019	Hambatan mobilitas fisik	<p>S: Klien mengatakan tangan bagian kanan sulit digerakan</p> <p>O: k/u lemah, GCS=4-5-6 TD=120/80mmHg N=80x/menit S=37,6°C Kekuatan otot=5-5-3-5</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjuta intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina saling percaya 2. Ajarkan pasien untuk melakukan 3. rentang pasif pada semua ekstremitas 4. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat relasaksi 	
-------------	--------------------------	---	--

Tabel: 3.7: Evaluasi keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat penyambungan fraktur tulang yang belum sempurna

tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf				
06 feb 2019	Nyeri	<p>S: Klien mengatakan kaki kiri bagian bawah sulit digerakan</p> <p>O: k/u lemah, GCS 4-5-6</p> <p>TD=120/80mmHg</p> <p>N=80x/menit</p> <p>S=37,6°C</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <p>1: Bina hubungan saling percaya</p> <p>2: Ajarkan klien untuk melakukan Rentang gerak aktif dan pasif Pada semua ekstremitas</p> <p>3: Kolaborasi dengan tim dokter Dalam pemberian obat Relaksaksi</p>	5	5	3	5	
5	5						
3	5						

06 feb 2019	Hambatan mobilitas fisk	<p>S:Klien mengatakan tangan bagian kanan sulit di gerakan</p> <p>O:k/u lemah, GCS 4-5-6</p> <p>TD :120/80mmHg</p> <p>N:80x/menit</p> <p>S:37,6°C</p> <p>Kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjut intervensi</p> <p>1: Bina hubungan saling percaya</p> <p>2: Ajarkan klien untuk melakukan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas</p> <p>3: Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat relaksasi</p>	5	5	3	5	
5	5						
3	5						

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustakan dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis pre op fracture tibia 1/3 distal di RSUD BANGIL PASURUAN yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis mengadakan perkenalan dan penjelasan dari maksud penulis untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pada dasar pengkajian antara pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang dapat keluhan utama biasanya ditandai dengan klien datang kerumah sakit dalam kondisi yang sudah kesulitan, lemas, pada bagian tubuh yang mengalami fraktur tidak dapat digerakan, dan kondisi tidak stabil. Riwayat penyakit dahulu meliputi adanya riwayat diabetes mellitus, asma, kelainan tulang, hipertensi kelainan jantung, karena hal ini berhubungan dengan tingkat keamanan klien saat melakukan aktivitas. Pada pemeriksaan fisik umum dan tanda-tanda vital : tidak ada peningkatan tekanan darah, tidak ada sumbatan jalan nafas akibat penumpukan sputum, pusing sakit kepala berat, kelemahan, nadi dan pernafasan normal, pada pemeriksaan saraf cranialis tidak ada perubahan sensori pada penglihatan, penghidu pengecap, penurunan gerakan mengunyah, kesulitan menelan, mual muntah, tetapi ada penurunan fungsi motoric dan muskulusketetal, juga penurunan kekuatan otot (Muttaqin 2018)

Kesenjangan terdapat pada pengkajian keluhan utama klien, pada tinjauan khusus klien datang dengan keluhan nyeri disertai dengan lengan bawah sebelah kiri sulit digerakan, pada saat melakukan pengkajian B1-B6 sistem pernafasan didapatkan bentuk dada simetris, pola nafas tertur dengan frekuensi nafas 25x/mnit, suara nafas fasikuler, tidak ada alat bantu nafas, perkusi thorak sonor, tidak memakai alat bantu nafas, dan tidak batuk. Pada pemeriksaan fisik kardiofaskuler didapatkan tidak nyeri dada, irama jantung regular bunyi jantung S1 S2 tunggal, CTR<2 detik, tidak cyanosis, tidak ada pembesaran JVP. Pada pemeriksaan persyarafan terdapat kesadaran composmetis, GCS 4,5,6 tidak

ada nyeri kepalah. Pada pemeriksaan nervus cranialis ditemukan adanya penurunan fungsi mukuloskeletal yaitu kelemahan akibat adanya pergeseran frekmen tulang pada lengan bawah sebelah kiri, selain itu tidak ditemukan kelainan nervus cranialis lainnya. Pada pemeriksaan sistim perkemihan dapatkan frekuensi berkemih 1200ml/hr, warna jernih, bibir kering, bau khas urine, tempat yang digunakan kamar mandy, alat bantu yang digunakan tidak ada. Pada pemeriksaan sistim pencernaan didapatkan mukosa lembab, bibir kering, lidah kotor, rongga mulut bersih, klien menggosok gigi, keadaan gigi tidak ada caries, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat inspirasi bentuk abdomen, simetris, normal, saat palpasi tidak ada nyeri tekan, peristalting 12x/mnit, BAB 1x pada saat dirimah sakit tanggal dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, tempat yang digunakan kamar mandy, tidak ada pemakaian obat pelancar. Pada sistim musculoskeletal dan integument didapatkan kemampuan pergerakan sendy dan tungkai: terbatas kekuatan otot atas (5,2) ekstrimitas bawah (5,5) ada fraktur tidak ada dislokasi akral hangat, turgor kembali < 3 detik, oedema, kebutuhan klien dalam pergerakan kurang, klien sulit untuk berpindah, semua aktifitas klien dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, ke kamar mandy dan seka. Pada sistim penginderaan di dapatkan ketajaman pendengaran normal.

Pada terapi dan penatalaksanaan pada klien dengan fraktur pada tinjauan pustaka terbagi dalam beberapa fase yaitu pada fase akut, fase rehabilitasi, pembedahan, untuk terapi obat diberikan analgesic : ketorolac, antrain, Anti febrinolitik : tranexamat (Terwoto 2007) Kesenjangan terdapat pada penatalaksanaan pada tinjauan kasus terapi yang diberikan yaitu infus Ringer laktat 1500cc/24 jam, injeksi ceftriaxone 2x1 g, injeksi antrain 2x1g, injeksi ketorolac 3x250mg, injeksi Ranitidin 2x50mg.

Selain itu, kesenjangan juga dapat pada pemeriksaan penunjang yaitu pada tinjauan pustaka terdapat pemeriksaan penunjang seperti X Ray, bone scens, arteriogram, CCT, pemeriksaan darah lengkap (Deogoes, 2007). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan penunjang X Ray rongen dan pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan lainnya tidak dapat dilakukan karena adanya kendala biaya sehingga keluarga tidak dapat menyetujui dilakukannya tidakan pemeriksaan lainnya.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan nyata yang dialami klien karena penulis menghadapi klien secara langsung.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustakah ada tujuh yaitu, nyeri akut berhubungan dengan pergeseran fregmen tulang, defisit perawatan diri berhubungan dengan ruang gerak yang terbatas, gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan struktur tubuh, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan laserasi kulit, resiko infeksi berhubungan dengan masuknya mikroorganisme gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan perfusi jaringan.

Dari tujuh diagnose keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka, terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang di antaranya yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan pergeseran fregmen tulang atau ketidak mampuan kekuatan, dan nyeri akut berhubungan dengan pergeseran fregmen tulang dan deformitas.

Sedangkan untuk diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka tidak muncul pada tinjauan kasus karena pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan tanda dan gejala seperti penekanan pembuluh darah, reaksi stress klien tanda tanda infeksi, klien tidak mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah dan penurunan berat badan, klien juga tidak mengalami penurunan fungsi syaraf seperti penciuman, penghidu, Bahasa dan komunikasi Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnose keperawatan pada klien dengan diagnose fraktur secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnose keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung

BAB 5

PENUTUPAN

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus fractur tibia 1/3 distal diruangan melati RSUD BANGIL PASURUAN, maka peneliti menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat manfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan fraktek

5.1 Simpulan

Dari hasil urian yang telah mengeraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan fractur tibia 1/3 distal, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

5.1.1 Pada pengkajian didapatkan keluhan berupa nyeri pada lengan bawah sebelah kiri, nyeri canal cenut dan hilang timbul dengan skala nyeri 5, hal ini menyebabkan karena adanya trauma dan benturan pada tangan kiri yang merangsang reseptor nyeri. Didapatkan data fokus klien tangan kiri klien nyeri dan sulit digerakan. Klien kesulitan untuk hemobilisasin kekuatan otot klien pada ekstrimitas atas kanan 5, ekstrimitas atas kiri 2, ekstrimitas atas kanan 5, ekstrimitas bawah kiri 5

5.1.2 Masala keperawatan yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik dan nyeri akut, peneliti mengangkat nyeri akut sebagai masala utama

5.1.3 Nyeri akut berhubungan dengan inturupsi aliran darah, setelah melakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam, diharapkan nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang, kateria hasilnya keluarga klien atau klien mengetahui penyebab nyeri keluarga klien mau membantu klien dalam melakukan teknik manajemen nyeri, keluarga klien dank lien mau dapat untuk melakukan teknik manajemen nyeri, klien terlihat menahan sakit, klien mengatakan nyeri berkurang, RR pasien normal (18-20x/mnit), nadi normal, Tekanan darah normal (100-120, 80-100)mmHg

5.1.4 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan perlambatan otot setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan klien mampu melakukan aktifitas secara mandiri, kateria hasilnya keluarga klien dank klien mengetahui penyebab tangan kiri pasien susah digerakin, keluarga klien mau membantu klien dalam melakukan teknik ROM, keluarga pasien dank klien mau untuk klien harus melakukan teknik ROM, kekuatan tunos otot klien normal

3.5.5 Beberapa tindakan mandiri perawat kepada klien dengan fraktur menganjurkan klien untuk melakukan ROM, aktif dan pasif dikarenakan terjadi kekakuan dan dianjurkan klien sedikit demi sedikit melakukan mobilitas dengan menggunakan gerakan jari, mengangkat tangan dengan pelan pelan dikarenakan muncul masalah nyeri akut, peneliti mengajarkan klien untuk teknik manajemen nyeri non farmakologis yaitu dengan teknik nafas dalam. Dalam hal ini peneliti melibatkan keluarga dan klien dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan dikarenakan banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerja sama antara perawat keluarga dan klien

3.5.6 Pada ahir uvaluasi, sama tujuan dapat dicapai dikarenakan adanya kerja sama yang baik dari perawat, klien, dan keluarga klien hasil evaluasi pada yaitu tangan sebelah kiri klien sudah dapat digerakan, klien sudah mulai mampu mengangkat tangan kiri yang ditandai dengan kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 4, kaki kanan5, dan kaki kiri 5. Nyeri yang di alami klien sudah berkurang ditandai dengan klien mengatakan tangan kirinya sudah tidak nyeri

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran dengan berikut

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga klien dan tim kesehatan lainnya

5.2.2 Penulis

Penulis mampu dalam peningkatkan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami fraktur yang lebih berkualitas

5.2.3 Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan rumah sakit khususnya RSUD Bangil Pasuruan dapat memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja sama yang baik antara tim kesehatan dan klien serta keluarga klien ditunjukkan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dank klien fraktur pada khususnya diharapkan di rumah sakit mampu menyediakan fasilitas yang dapat untuk mendukung kesehatan klien

5.2.3 Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan yang mampu dikembangkan untuk memberikan pelayanan pada klien fraktur yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito (2007). Buku saku diagnosis keperawatan. Alil Bahasa Indonesia Yasmin asih, monica ester edisi 10 jakarta EGC
- Hamda harian. (2013) aspek fraktur [htt: handam handam harian fkp 13 web unait ac. Id.](http://handamhandamharian.fkp13web.unait.ac.id) Diakses tanggal oktober (2015) pada pukul 15. 00 wib
- Harmawati, (2008) buku ajar ilmu bedah. Edisi refisi, ECG: Jakarta
- Kementrian kesehatan replek Indonesia. (2014). Peraturan menteri kesehatan repoplik Indonesia nomor 5 tahun 2014 pdf
- Mansjoer arif, (2007). Kapita selekta kedokteran Jakarta : EGC
- Muttaqin arif, (2008), buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan sistim muskuluskeletal, EGC. Jakarta
- Nurarif arif, H kusuma H. (2015). Aplikasi asuhan keperawatan diagnose medis dan NANDA NIC NOC jilid 1. Yogyakarta :Mediagtion publishing.
- Nuratif dan Kusuma, (2005). Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan berdasarkan diagnose medis dan nanda NIC NOC
- Pemerintah kabupaten sidoarjo . (2016). Fraktur di RSUD sidoarjo mulai dari bulan januari – agustus.
- Kamadhan, (2008) konsep fraktur (patah tulang) [http://forbetthealth. Wordpress.com.](http://forbetthealth.wordpress.com) diakes tanggal 01 oktober (2015) pada pukul 14.45 WIB
- Syamsul hidayat, (20014), buku ajar ilmuh bedah, ECG, Jakarta
- Setiono, wiwing (2013) laporan. Pendahuluan fraktur. [http://pkeperawatan.blogspot.co.id.](http://pkeperawatan.blogspot.co.id) diakes tanggal 01 oktober (2015) pada pukul 14.00 WIB
- Smalter dan bare. (2002). Keperawatan medical bedah vol 3. Alih Bahasa monica ester Jakarta:EGC
- Tamsuri anas. (2012). Klien gangguan keseimbangan cairan dan elektrol. Jakarta . :penerbit buku kedokteran
- Yunusul. (2014). Teknik relaksasi nafas pada pasien pasea Operasi fracture cruris <http://www.google.co.id/studi+kasus+fraktur>. Diakes tanggal 29 september 2015 pada pukul 20.00 WIB



SATUAN ACARA PENGAJIAN (SAP)
PENYULUHAN KESEHATAN

Pokok Bahasan	: Bahaya Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)
Hari, Tanggal	: Rabu, 03 Maret 2019
Waktu	: 45 menit
Tempat	: Rumah Keluarga Binaan
Sasaran	: Lansia di rumah keluarga binaan

A. TUJUAN

1. Tujuan instruksional Umum (TIU)
Setelah dilakukan penyuluhan, semua Anggota keluarga terutama lansia di rumah keluarga binaan, Di desa Desa Ngingas RW 04 Kecamatan Waru Sidoarjo diharapkan mampu mengenal lebih jauh tentang penyakit hipertensi.
2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah dilakukan penyuluhan Keluarga mampu :
 1. Memahami pengertian hipertensi
 2. Mengenali jenis-jenis hipertensi
 3. Memahami penyebab hipertensi
 4. Mengenali tanda dan gejala hipertensi
 5. Mengetahui komplikasi hipertensi
 6. Mengetahui pencegahan hipertensi
 7. Mengetahui makanan yang perlu dihindari dari penyakit hipertensi
 8. Mengetahui makanan yang dianjurkan dari penyakit hipertensi
 9. Mengetahui cara pengobatan tradisional untuk hipertensi

B. SASARAN

Sasaran kegiatan penyuluhan : Anggota keluarga Binaan Terutama Lansia



C. MATERI PEMBELAJARAN

1. Pokok bahasan : Bahaya Hipertensi
2. Sub pokok bahasan :
 1. Pengertian hipertensi
 2. Jenis-jenis hipertensi
 3. Penyebab hipertensi
 4. Tanda dan gejala hipertensi
 5. Komplikasi hipertensi
 6. Pencegahan hipertensi
 7. Makan yang perlu dihindari dari penyakit hipertensi
 8. Makanan yang dianjurkan dari penyakit hipertensi
 9. Cara pengobatan tradisional untuk hipertensi

D. METODE PEMBELAJARAN

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. MEDIA

1. Leaflet

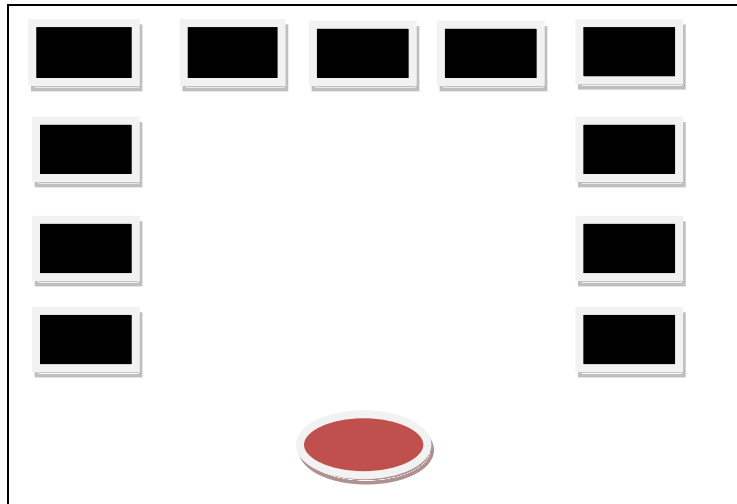
F. PENGORGANISASIAN

1. Moderator : Miranda S Naralyawan
2. Penyaji : Miranda S Naralyawan
3. Notulis : Miranda S Naralyawan



G. SETTING

1. Setting tempat



2. Setting waktu

No.	Waktu	Kegiatan penyuluh	Kegiatan peserta	keterangan
1.	Pembukaan (5 menit)	Pembukaan : -Mengucapkan salam -Menjelaskan nama dan akademi -Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan	-Menjawab salam -Mendengarkan -Mendengarkan	Moderator
2.	Pelaksanaan (25 menit)	Pelaksanaan : Penyampai materi -Pengertian Hipertensi -Jenis-jenis Hipertensi -Penyebab Hipertensi -Tanda dan gejala Hipertensi -Komplikasi Hipertensi -Pencegahan Hipertensi -Makanan yang dihindari -Makanan yang dianjurkan -Pengobatan tradisional Memberikan kesempatan untuk bertanya jawab mengenai materi yang disampaikan	-Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Mendengarkan -Bertanya dan Menjawab	Penyaji



3.	Evaluasi (10 menit)	Evaluasi : -Menanyakan kembali hal-hal yang sudah dijelaskan mengenai hipertensi	-Menjawab	Penyaji
4.	Penutup (5 menit)	Penutup -Menutup pertemuan dengan menyimpulkan materi yang telah dibahas -Memberikan salam penutup -Pemeriksaan tekanan Darah	-Mendengarkan -Menjawab Salam	Moderator

H. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi struktur

- Semua penderita hadir dan mengikuti kegiatan penyuluhan

2. Evaluasi proses

- Peserta penyuluhan antusias dalam menanggapi materi
- Peserta penyuluhan antusias dalam mengikuti kegiatan tanya jawab
- Peserta penyuluhan tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi hasil

Peserta penyuluhan mengerti tentang penyakit hipertensi dan dapat menyebutkan pengertian, tanda & gejala, dan pencegahan hipertensi.



1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia, sehingga setiap diagnosa hipertensi harus bersifat spesifik usia, namun secara umum seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi daripada 140mmhg sistolik atau 90mmhg diastolik. (Elizabeth J. Corwin, 2000)

2. Jenis-jenis Hipertensi

- Hipertensi ringan : jika tekanan darah sistolik antara 140-159 mmhg dan atau tekanan diastolik antara 90-95 mmhg
- Hipertensi sedang : jika tekanan darah sistolik antara 160-179 mmhg dan atau tekanan diastolik antara 100-109 mmhg
- Hipertensi berat : jika tekanan darah sistolik antar 180-209 mmhg dan atau tekanan diastolik antara 110-120 mmhg
- Hipertensi sangat berat : jika tekanan darah sistolik lebih dari 210mmhg dan atau tekanan diastolik 120 mmhg

Kategori	Sistolik (Atas)	Diastolik (Bawah)
Normal tinggi (perbatasan)	130-190	85-89
Stadium I Ringan	140-159	90-99
Stadium 2 Sedang	160-179	100-109
Stadium 3 Berat	180-209	110-119
Stadium 4 Sangat Berat	≥ 210	≤ 120

3. Penyebab Hipertensi

Hipertensi primer, yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi yaitu :



- a. Usia
Seiring bertambahnya usia, kita semua beresiko menderita tekanan darah tinggi. Karena semakin kita bertambah tua, elastisitas pembuluh darah kita juga berkurang sehingga cenderung mengalami penyempitan pembuluh darah. Akibatnya, tekanan darah pun meningkat.
- b. Keturunan
Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang dimiliki penyakit hipertensi, maka kemungkinan ia menderita hipertensi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah hipertensi lebih tinggi pada kembar identik daripada yang kembar tidak identik. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah hipertensi.
- c. Kolesterol
Kandungan lemak yang berlebih dalam darah anda, dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat.
- d. Pembatasan asupan garam
Garam menyebabkan menumpuknya cairan dalam tubuh, sehingga meningkatkan volume dan tekanan darah. Menurut WHO Expert Committee on Preevention of Cardiovascular Disease sebaiknya konsumsi garam tidak lebih dari 6 gr per hari.
- e. Perokok
Kandungan nikotin dalam rokok menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Pembuluh darah yang menyempit memaksa jantung bekerja lebih keras memompa darah.
- f. Obesitas/kegemukan
Orang yang memiliki berat badan di atas 30% berat badan ideal, memiliki kemungkinan lebih besar menderita hipertensi karena beban kerja jantung harus bekerja lebih keras memompa darah ke seluruh tubuh. Dalam waktu lama, jantung dan arteri akan rusak dan mengakibatkan komplikasi lain.



- g. Kebiasaan minum minuman beralkohol
Mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan kadar trigliserida dalam darah.
- h. Trigleserida adalah kolestrol yang jaaht berpotensi menyebabkan tekanan darah meningkat membuat jantung bekerja lebih keras.
- i. Stress
Kurang tidur dan pencapaian fisik yang pada akhirnya memunculkan stress emosional. Dalam keadaan ini jantung akan bekerja lebih keras dan tekanan darah meningkat. Mengelola stress adalah upaya tepat untuk meredam hipertensi.
- j. Kurangnya olahraga
Kurangnya olahraga, akan cenderung meningkatnya resiko penyempitan atau penyumbatan di pembuluh darah, akibatnya adalah meningkatnya resiko darah tinggi.

Hipertensi sekunder, suatu kelainan spesifik dari suatu organ tertentu atau pembuluh darah, seperti :

- a. Sakit Ginjal
Hipertensi ginjal adalah penyempitan arteri yang mensuplai darah ke ginjal-ginjal. Pada individu-individu yang lebih muda, terutama wanita, penyempitan disebabkan oleh suatu penebalan otot dinding arteri-arteri yang menuju keginjal. Pada individu-individu yang lebih tua, penyempitan umumnya disebabkan oleh plak-plak mengandung lemak yang mengeras yang menghalangi arteri ginjal.
- b. Preeklamsia
Preeklamsia adalah hipertensi karena kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan. Preeklamsia disebabkan oleh volume darah yang meningkat selama kehamilan. Sekita 5-10% kehamilan pertama ditandai dengan preeklamsia.
- c. Gangguan kelenjar adrenal
Kelenjar adrenal berfungsi mengatur kerja ginjal dan tekanan darah. Bila salah satu atau kedua kelenjar adrenal mengalami gangguan, maka dapat mengakibatkan produksi hormon berlebihan yang meningkatkan tekanan darah.



- d. Koarktasi Aorta (*Aorta coarctation*)
Koarktasi atau penyempitan aorta adalah kelainan bawaan yang menimbulkan tekanan darah tinggi.

4. Tanda dan Gejala Hipertensi

- ❖ Pusing
- ❖ Rasa berat ditengkuk
- ❖ Sukar tidur
- ❖ Rasa mudah lelah
- ❖ Cepat marah
- ❖ Telinga berdenging
- ❖ Mata berkunang-kunang
- ❖ Sesak napas
- ❖ Gangguan penglihatan
- ❖ Mimisan

5. Komplikasi

- Kerusakan otak
Tekanan darah yang terlalu tinggi menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (stroke) akibatnya, darah tercecer dari saerah tertentu otak sedangkan bagian lain otak tidak teraliri cukup sehingga bagian otak menjadi rusak.
- Kerusakan jantung
Tekanan darah yang tinggi menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi, pembesaran otot jantung kiri disebabkan jantung bekerja keras untuk memompa darah.
- Kerusakan ginjal
Tingginya tekanan darah akan membuat pembuluh darah dalam ginjal tertekan. Akhirnya, pembuluh darah menjadi rusak dan menyebabkan fungsi ginjal menurun hingga mengalami kegagalan ginjal.
- Kerusakan mata
Tekanan darah yang tinggi menyebabkan tertekannya pembuluh darah dan syaraf pada mata sehingga penglihatannya terganggu.



6. Pencegahan

- Usahakan untuk dapat mempertahankan berat badan yang ideal (cegah kegemukan)
- Batasi pemakaian garam
- Mulai kurangi pemakaian garam sejak dini apabila diketahui ada faktor keturunan hipertensi dalam keluarga
- Tidak merokok
- Tidak minum minuman yang mengandung alkohol
- Perhatikan keseimbangan gizi,perbanyak buah dan sayuran
- Hindari minum kopi yang berlebihan
- Mempertahankan gizi (diet yang sehat seimbang)
- Periksa tekanan darah secara teratur, terutama jika usia sudah mencapai 40 tahun

Bagi yang sudah sakit

- Berobat secara teratur
- Jangan menghentikan,mengubah, dan menambah dosis dan jenis obat tanpa petunjuk dokter
- Konsultasikan dengan petugas kesehatan jika menggunakan obat untuk penyakit lain karena ada obat yang dapat meningkatkan memperburuknya hipertensi

7. Makanan yang harus dihindari

1. Roti, kue yang dimasak dengan garam dapur atau soda.
2. Ginjal, hati,lidah,sardin,keju,otak, semua makanan yang diawetkan. dengan menggunakan garam dapur seperti daging asap,ham,ikan kaleng,kornet, dan ebi.
3. Sayuran dan buah yang diawetkan dengan garam dapur seperti sawi asin,asinan,acar.
4. Penyedap rasa seperti garam dapur,soda kue,baking powder.
5. Margarin dan mentega biasa.
6. Bumbu yang mengandung garam dapur yaitu terasi,kecap,saus tomat,petis,tauco.
7. Minuman cokelat.



Keterangan

- Makanan nomor 1,3,4,6 adalah makanan yang mengandung garam (terutama mengandung ion natrium atau Na⁺). Ion natrium yang tinggi dalam darah dapat meningkatkan kandungan air sehingga kerja jantung meningkat dan dapat meningkatkan tekanan darah.
- Sedangkan makanan nomor 2,5,7 adalah makanan yang mengandung lemak/minyak dan kolesterol tinggi. Konsumsi lemak dan minyak yang tinggi akan meningkatkan kolestrol dalam darah (terutama makanan dengan kandungan asam lemak jenuh tinggi). Kolesterol yang tinggi dalam darah dapat menyebabkan timbulnya penyumbatan pembuluh darah sehingga tekanan darah menjadi tinggi (hipertensi)

8. Makanan yang dianjurkan

- a. Kentang
Kandungan mineral, serat dan potasium pada kentang sangat tinggi yang sangat baik untuk menstabilkan tekanan darah
- b. Avokad
Asam oleat dalam avokad, dapat membantu mengurangi kolesterol. Selain itu, kandungan kalium dan asam folat, sangat penting untuk kesehatan jantung.
- c. Bayam
Bayam merupakan sumber magnesium yang sangat baik. Tidak hanya melindungi dari penyakit jantung, tetapi juga dapat mengurangi tekanan darah, maka bayam cocok untuk penderita penyakit darah tinggi.
- d. Kacang-kacangan
Kacang-kacangan seperti kacang tanah, almond, kacang merah mengandung magnesium dan potasium. Potasium dikenal cukup efektif menurunkan tekanan darah tinggi.
- e. Kismis
Kismis memiliki kadar potasium yang cukup tinggi yang bisa menurunkan tekanan darah. Kismis juga sebagai sumber yang baik untuk fiber makanan anti-oksidan yang mungkin dapat merubah biokemistri pembuluh darah dan membuatnya jadi tidak terlalu keras sehingga melawan hipertensi.



f. Kedelai

Mengonsumsi kacang kedelai setiap hari seperti tempe, tahu dan the hijau bisa membantu menurunkan tekanan darah atau hipertensi. Menurut penelitian, dengan mengonsumsi 2,5mg atau lebih isoflavin per hari mempunyai tekanan darah systolic rata-rata 5,5 mmhg lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang mengonsumsi kurang dari 0,33 mg/hari.

g. Pisang

Buah ini tidak hanya menawarkan rasa lezat tetapi juga membuat tekanan darah lebih sehat. Pisang mengandung kalium dan serat tinggi yang bermanfaat mencegah penyakit jantung. Penelitian juga menunjukkan bahwa satu pisang sehari cukup untuk membantu mencegah tekanan darah tinggi

9. Pengobatan tradisional

Pengobatan tradisional yang dapat dibuat dirumah antara lain dengan mengonsumsi secara teratus jus :

- Buah mentimun
- Buah belimbing
- Daun seledri

Sedangkan cara membuat obat tradisional seperti jus mentimun adalah

- 1/2kg buah mentimun dicuci bersih
- Dikupas kulitnya kemudian diparut
- Saring airnya menggunakan penyaring/kain bersih
- Diminum setiap hari \pm 1kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari



AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telp. 031 8961496; Fax. 031 8961497; Email : info@kertacendekia.ac.id

DAFTAR PUSAKA

- Brunner, 2001. Keperawatan Medikal bedah. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, Arif. 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Medis Aesculapius.
- Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia. “Penuntun Diet”;Edisi baru, Jakarta, 2004, PT Gramedia Pustaka Utama

SATUAN ACARA PENYULUHAN

HIPERTENSI



DISUSUN OLEH :
Miranda Naralyawan

(NIM : 1601057)



Apa itu hipertensi ?

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia. Jika tekanan darah lebih dari 160mmhg sistolik atau 90 mmhg diastolic.

Penyebab Hipertensi

1. Stres
2. Usia
3. Merokok
4. Obesitas (kegemukan)
5. Alkohol
6. Faktor keturunan
7. Faktor Lingkungan

Tanda dan Gejala

1. Pusing
2. Rasa berat di tengkuk
3. Mudah marah
4. Suka tidur
5. Sesak nafas
6. Mudah lelah
7. Mata berkunang-kunan

Jika hipertensi berat atau menahun dan tidak di obati, bisa timbul gejala berikut :

- Sakit kepala
- Kelelahan
- Mual
- Muntah
- Sesak nafas
- Gelisah
- Pandangan menjadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal

Komplikasi

- Penyakit jantung (gagal jantung)
- Penyakit Ginjal (gagal ginjal)
- Penyakit otak (stroke)

Pengobatan hipertensi

- Pengobatan farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obatan atas izin dokter
- Pengobatan non farmakologis yaitu:
 1. Mengurangi asupan garam
 2. Menghilangkan kebiasaan minum alkohol
 3. Berhenti merokok
 4. Menurunkan berat badan bagi yang kegemukan
 5. Olahraga teratur
 6. Menghindari ketegangan
 7. Istirahat cukup

Pencegahan agar tidak terjadi komplikasi dari hipertensi

- Kontrol teratur
- Minum obat teratur
- Diet rendah garam dan lemak

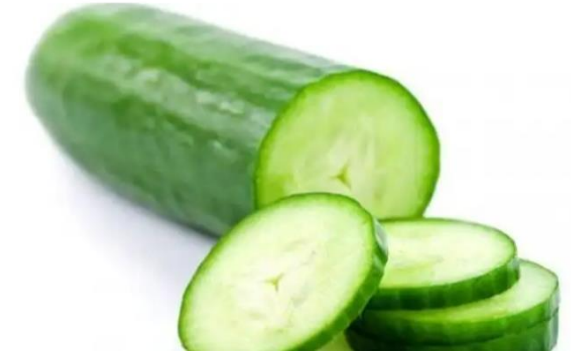
Makanan yang di anjurkan untuk penderita Hipertensi

- Sayur – sayuran hijau
- Buah - buahan
- Ikan laut tidak asin
- Telur boleh dikonsumsi maksimal 2 butir dalam 1 minggu dan diutamakan putih telurnya
- Daging ayam (kecuali kulit, jeroan dan otak karena banyak lemak)

Makanan yang perlu dihindari

- Makanan yang diawetkan seperti makanan kaleng, mie instan, minuman kaleng
- Daging merah segar seperti hati ayam, sosis sapi, daging kambing

- Makanan berlemak dan bersantan tinggi serta makanan yang terlalu asin



Pengobatan Tradisional

- Buah mentimun

Cara membuat obat tradisional seperti jus mentimun yaitu :

- ½ kg buah mentimun dicuci bersih
- Dikupas kulitnya kemudian diparut
- Saring airnya menggunakan penyaring atau kain bersih
- Diminum setiap hari ± 1 kg untuk 2 kali minum pagi dan sore hari



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 21 September 2018

Nomor : 445.1/2191.19/424.202/2018
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan
Data

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 24/KM/IX/2018 tanggal 12 September 2018 perihal Permohonan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : Miranda Santika Naralyawan
NIM : 1601057
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Pre Operasi Fracture tibia Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 26 September 2018.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b.
Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 24/BAAK/XI/2018
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Sidoarjo, 29 November 2018


**Yth. Direktur RSUD Bangil
Pasuruan**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2018 – 2019, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Miranda Santika Naralyawan	1601057	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Pre Operasi Fracture tibia Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes