

BAB II
RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 22 Januari 2007 jam 07.30 WIB, pasien dirawat dengan Fraktur Femur pada hari ke empat:

1. Biodata.

- a. Identitas Pasien: Nama: Tn. T, umur: 25 tahun, jenis kelamin: laki-laki, agama: Islam, pendidikan: SLTP, pekerjaan: wiraswasta, alamat: Kentangan 2/3 Matesih-Karanganyar.
- b. Penanggung Jawab: Nama: Tn. S, umur: 38 tahun, pekerjaan: petani, agama: Islam, alamat: Kentangan 2/3 Matesih-Karanganyar, hubungan dengan pasien: saudara.
- c. Catatan Medik: Tanggal masuk: 19 Januari 2007 jam 15.30, diagnosa: Faktur femur dextra 1/3 mideal, Ruang: Anggrek, No CM: 126243.

2. Riwayat Kesehatan.

a. Keluhan utama

Nyeri berdenyut pada paha kanan karena patah tulang.

b. Riwayat Kesehatan

Pasien masuk RSOP pada tanggal 19 januari 2007, pasien dibawa ke RSOP karena mengalami kecelakaan jatuh dari sepeda motor

dengan kondisi paha kanan bengkak dan sakit, pada tanggal 21 dilakukan tindakan pemasangan *skin traksi* dengan beban 5 kg.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu.

Pasien mengatakan tidak pernah masuk RS untuk dirawat, baru pertama kali ini pasien dirawat di RS. Pasien tidak punya riwayat alergi terhadap obat, dan biasanya pasien jika sakit langsung datang ke puskesmas.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga.

Dalam keluarga pasien belum pernah punya penyakit yang sama dengan pasien. Keluarga pasien tidak ada yang mempunyai penyakit yang menurun seperti: penyakit DM, hipertensi, ataupun penyakit yang menular seperti: penyakit hepatitis, TBC.

3. Pola-Pola Fungsional (Menurut Handerson)

Untuk pola-pola fungsional ini penulis hanya menuliskan hal-hal yang berhubungan dengan diagnosa pada pasien:

a. Pola Kebutuhan Aktivitas

Sebelum sakit: Pasien tidak mengalami gangguan dalam aktivitas sehari-hari, pasien biasanya melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain.

Selama sakit : Pasien beraktivitas ada gangguan karena ada fraktur pada paha kanan, sehingga dalam beraktivitas dibantu oleh orang lain.

b. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: pasien BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek dan bau yang khas. Pasien BAK 4-5x sehari dengan warna kuning jernih dan bau yang khas

Selama sakit : Pasien mengatakan belum BAB selama 4 hari,dan pasien BAK dibantu dengan Doubel kateter.

c. Pola Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Sebelum sakit: Pasien tidak ada gangguan mengenai rasa nyaman dan aman.

Selama sakit : Pasien merasakan tidak aman dan nyaman karena adanya fraktur pada paha kanan dan pemasangan skin traksi pada daerah yang fraktur.

d. Pola Kebutuhan Istirahat dan Tidur.

Sebelum sakit: Pasien istirahat \pm 8 jam perhari.

Selama sakit : Pasien merasa terganggu dalam istirahat dan tidur karena merasakan nyeri pada paha kanan dan juga karena terpasangnya skin traksi.

e. Pola kebutuhan Personal Hiegyen

Sebelum sakit: Pasien bisa mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari tanpa bantuan orang lain.

Selama sakit : Pasien tidak dapat mandi sendiri sehingga mandinya hanya disibin oleh keluarganya dan gosok gigi

dilakukan bersamaan saat disibin karena sekalian di bantu oleh keluarga.

4. Pemeriksaan Fisik.

- Keadaan umum: Pasien lemah
- Kesadaran : Composmetis
- Tanda Vital : -TD: 120/70 mmHg - S : 36°C
- N : 88x/menit - R : 20x/menit
- Kepala : Rambut: hitam,lurus, terlihat kotor. Mata: tidak terlihat ikhterik, dan konjungtiva tidak anemis. Hidung tidak ada polip dan lendir. Telinga: pendengarannya baik dan tidak ada serumen. Mulut: bibir kering.
- Thorak : Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak.
Palpasi : Iktus kordis tidak teraba, fromitus vpkal kanan kiri sama.
Perkusi : Pekak.
Auskultasi: Tidak ada ronkhi, wheziing, dan bunyi jantung I ,II reguler.
- Abdomen : Inspeksi : Tidak ada asites, tidak ada lesi.
Auskultasi: Bising usus menurun, pistaltik $\pm 4x/jam$
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, teraba masa, tidak ada pembesaran hepar.
Perkusi : Tympani.

- Ekstermitas : Kanan atas tonus otot 5, akral hangat, kiri atas tonus otot 5, terpasang infus RL 20 tetes/menit, kanan bawah terdapat patah tulang pada paha tengah, tonus otot 1, kiri bawah tonus otot 5 dan akral hangat.
 - Genetalia : terpasang *doubel kateter* ukuran 16 selama 3 hari.
5. Pemeriksaan Penunjang.
- Foto rontgen menunjukkan ada fraktur femur dextra 1/3 mideal
 - Hasil laborat tanggal 19 januari 2007: leukosit 10.300 mm³, trombosit 268.000 mm³, hematokrit 37%, Hb 9,4 gr/dl. Ureum 45 mg DL, kreatinin 0,9 mg DL.
6. Program Terapi.
- Diet tinggi protein tinggi kalori
 - Obat injeksi: Amoxan 500mg/8 jam, Scanafam 50 mg/8 jam
 - Obat oral : Curvit 3x1 tablet
 - Infus RL 20 tetes/menit.

B. DATA FOKUS

Data tanggal 22 Januari 2007

1. Data Subyektif: Pasien mengatakan nyeri berdenyut pada paha kanan karena patah tulang, nyeri terasa terus menerus terutama saat digerakkan, skala nyeri 6, dan pasien mengatakan belum BAB selama 4 hari, pasien mengatakan sulit bergerak semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

2. Data Obyektif : Skala nyeri 6, terlihat berhati-hati dalam bergerak, ekspresi wajah meringis menahan rasa nyeri, kebutuhan sehari-hari dibantu oleh keluarga, bising usus menurun peristaltik $\pm 4x/jam$, abdomen teraba skabula, terpasang *doubel kateter*.

C. ANALISA DATA.

No	Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	22-01-07	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berdenyut pada paha karena patah tulang, nyeri terasa terus menerus, terutama saat bergerak.</p> <p>O: Skala nyeri 6, terlihat hati-hati dalam bergerak, ekspresi wajah meringis menahan nyeri.</p>	Nyeri Akut	Diskontinuitas jaringan
2	22-01-07	<p>S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Kerusakan rangka tubuh dan</p>

		<p>seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga.</p> <p>O: Kebutuhan sehari-hari dibantu keluarga, sulit bergerak, terlihat hati-hati dalam bergerak</p>		neuromuskuler
3	22-01-07	<p>S: Pasien mengatakan belum BAB selama 4 hari, pasien mengatakan sulit bergerak.</p> <p>O: Bising usus menurun, peristaltik \pm 4x/menit, pasien belum BAB selama 4 hari, teraba skibala.</p>	<p>Gangguan BAB: Konstipasi</p>	Imobilisasi

D. PRIORITAS MASALAH.

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka dan neuromuskuler.
3. Gangguan eliminasi: Konstipasi berhubungan dengan imobilisasi.

E. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN.

Perencanaan pada tanggal 22 Januari 2007.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri dapat teratasi dengan Kriteria Hasil: - Pasien tampak rileks. - Nyeri hilang atau berkurang dengan skala 0-1.	-Kaji karakteritis nyeri (P, Q, R, S, T) - Beri posisi yang nyaman. - Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. - Beri lingkungan yang nyaman. - Kolaborasi dengan pemberian analgesik program Scanaflam 50 mg/jam
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	- Kaji tingkat mobilitas. - Dekatkan alat-alat yang

	kerangka dan neuromuskuler	selama 3x24 jam maka terjadi peningkatan mobilitas dengan Kriteria Hasil: - Pasien dapat mempertahankan tingkat mobilitas	dibutuhkan pasien. - Anjurkan untuh alih baring tiap dua jam. - Bantu atau intruksikan pasien dalam rentang gerak aktif pasif pada ekstremitas yang sakit maupun yang tidak sakit. - Kolaborasi dengan ahli fisioterapi. - Tambahkan asupan cairan. - Anjurkan diet tinggi serat.
3.	Gangguan eliminasi BAB: Konstipasi b.d imobilisasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam maka konstipasi teratasi dengan Kriteria Hasil: - Pasien sudah bisa BAB.	- Minum hangat sebelum makan. - Berikan Gliserin. - Kolaborasi dengan pemberian dulkolak.

		- peristaltik usus dalam batas normal \pm 5-15x	
--	--	---	--

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.

No.	Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	TTD
1.	22 Jan 07 07.30	1	- Mengkaji karakteritis nyeri.	S: Pasien mengatakan nyeri berdenyut pada paha kanan dengan skala 6 dan terasa terus menerus. O: Pasien tampak menahan nyeri	Juliyana
2.	07.30	1	- Memberi posisi yang nyaman (Supinasi)	S: Pasien mengatakan lebih nyaman. O: wajah tampak rileks.	Juliyana

3.	08.00	1	- Mengkaji faktor yang meningkatkan nyeri	S: Pasien mengatakan keramaian membuat bertambah nyeri. O: Pasien ekspresi dalam menyampaikan pesan.	Juliyana
4.	09.00	1	-Memberikan injeksi IV : Amoxan 500mg/8jam dan Scanaflam 50mg/jam	S: Pasien tampak tenang. O: Obat masuk semua ,tidak ada tanda-tanda alergi	Juliyana
5	10.00.	1	- Mengajarkan dan mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam.	S: Pasien mengatakan dapat mempraktekan. O: Pasien dapat melakukan	Juliyana

6.	10.20	1	- Mengkaji kembali tingkat nyeri	<p>teknik nafas dalam</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada paha kanan berkurang, skala nyeri 4.</p> <p>O: Pasien tampak lebih rileks, skala turun dai 6 menjadi 4</p>	Juliyana
7.	07.30	2	- Mengkaji tonus otot	<p>S: Tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 1, kaki kiri 5.</p> <p>O: -</p>	Juliyana
8.	07.45	2	- Menganjurkan dan melatih alih baring	<p>S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O: Pasien menahan nyeri</p>	Juliyana

9.	08.00	2	- Memberi posisi suplinasi	S: Pasien lebih rileks. O: Pasien terlihat nyaman.	Juliyana
10.	11.30	3	- Menganjurkan diet tinggi serat.	S: Pasien mengatakan setuju. O: Pasien mengganggu tanda setuju.	Juliyana
11.	11.30	3	- Manganjurkan minum hangat sebelum makan	S: Pasien mengatakan setuju. O: Pasien terlihat setuju	Juliyana

G. CATATAN PERKEMBANGAN.

No	Hari/Tgl/Jam	No. Dx	Catatan Perkembangan	TTD
1.	Senin, 22 Jan 07 13.00 WIB	1.	S: Pasien mengatakan nyeri di paha kanan berkurang, skala 4. O: Ekspresi wajah nampak lebih rileks.	Juliyana

2.	<p>Senin, 22 Jan 07 13.00 WIB</p>	2	<p>A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi. S: Pasien mengatakan baru bisa sedikit alih baring. O: Pasien dapat melakukan alih baring sedikit tanpa bantuan. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.</p>	Juliyana
3.	<p>Senin, 22 Jan 07 13.00 WIB</p>	3	<p>S: Pasien mengatakan belum BAB. O: Peristaltik 4x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Lakukan intervensi.</p>	Juliyana