

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran lokasi pengambilan Data**

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan diruang rawat Ali Bin Abi Talib Rumah Saki Umum Daerah Bangkinang yang beralamat di batu belah kabupaten kampar, rumah sakit umum daerah Bangkinang yaitu rumah sakit kelas 1,2 dan 3 serta ada juga terdapat ruangan VIP. Di Rumah Sakit Umum Bangkinang telah memiliki banyak dokter spesialis di antara lainnya ada dokter spesialis Gigi, Ahli Bedah, dokter kandungan dan masih banyak lagi di antaranya. Peneliti mengambil studi kasus diruang rawat Ali Bin Abi Thalib. penelitian di lakukan dikelas III yang terdiri dari 8 Bed pasien dan jumlah perawatan di ruangan rawat sebanyak 20 perawat ruangan. Kasus yang saya teliti di ruang rawat Ali Bin Abi Thalib yaitu pre op dan post op Fraktur digiti III dextra.

## **2. Pengkajian**

### **A. Identitas pasien**

Nama : Tn. N  
Umur : 44 Tahun  
Pendidikan : SMA  
Suku bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Setatus perkawinan : Kawin  
Alamat : Simpang tibun  
No. Tl p/HP : 081363599779  
No. Medical Record :170104  
Ruang rawat : Ali Bin Abi Thalib  
Golongan darah : -

### **B. Penanggung Jawab**

Nama : Ny. S  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Simpang tibun  
No. Tlp/HP : 081363599779

### **C. Data Masuk Rumah Sakit**

Tanggal Masuk : 22 April 2019  
Jam masuk RS : 15.00 Wib  
Yang Merujuk : -  
Cara Masuk : IGD

Alasan masuk : Nyeri pada jari kaki sebelah kanan skala nyeri 4

Ruang Rawat : Ali Bin Abi Thalib

Diagnosa medis : fraktur digiti III dextra

Saat Pengkajian : fraktur digiti III dextra

#### **D. Riwayat Kesehatan Sekarang**

1. Keluhan Utama/Gejala : pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada jari kaki sebelah kanan skala nyeri 4
2. Kondisi atau keadaan pasien saat pengkajian (menggunakan alat bantu, jelaskan) : Pada saat pengkajian menggunakan alat bantu infus. Cairan infus yang terpasang saat pengkajian yaitu RL dengan tetesan 20 Tpm/Menit.

Masalah keperawatan : Gangguan rasa nyaman dan nyeri.

#### **E. Riwayat pengobatan terakhir**

Apakah sudah berobat : ( ) Ya (✓)Tidak

Bila berobat kemana : Klinik praktek dokter

Penanganan yang diterima : ( ) Dirawat  
( ) Berobat Jalan

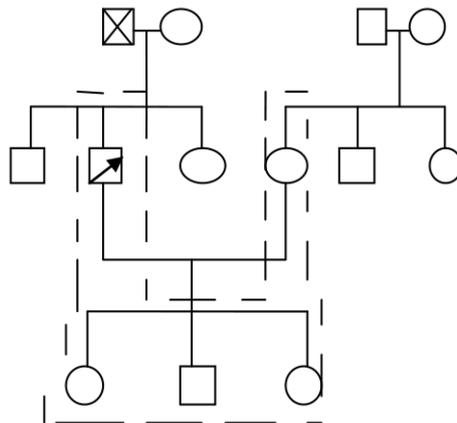
Bila dirawat kemana : -

**F. Riwayat kesehatan yang lalu**

- 1. Penyakit yang pernah diderita : Demam, sakit kepala
- 2. Penyebab penyakit : Cuaca
- 3. Apakah sudah berobat :  Ya ( ) Tidak  
Bila sudah kemana : Klinik  
Perawatan yang diterima : ( ) Dirawat  
( ) Berobat jalan  
() Obat-obatan  
Bila berobat jalan : Paracetamol  
tindakan yang dilakukan : -  
Sembuh : () Ya ( ) Tidak
- 4. Pernah dioperasi : ( ) Ya () Tidak
- 5. Alergi : ( ) Ya () Tidak

**G. Riwayat Kesehatan Keluarga**

- 1. Kejadian penyakit menular/keturunan lainnya : selama ini tidak ada penyakit menular atau keturuana lainnya.
- 2. Genogram keluarga :



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Sakit

✕ : Meninggal

— — — : Satu rumah

## H. Riwayat psikologis dan Spritual

### 1) Psikologis

a. Suasana hati/mood : Cemas

b. Karakter : Baik

c. Keadaan emosional : Stabil

d. Konsep diri : Baik

e. Persepsi pasien terhadap penyakitnya :

a) Hal yang amat difikirkan saat ini :

Semoga operasinya berjalan dengan lancar

b) Harapan setelah menjalani perawatan :

Semoga cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya kembali

c) Perubahan yang dirasakan setelah sakit :

Tidak bisa berjalan seperti biasanya

d) Mekanisme koping : Cemas

## 2) sosial

- a) Orang yang dekat dengan pasien : Istri
- b) Hubungan ataran keluarga : Baik
- c) Hubungan antara orang lain : Baik
- d) Perhatian terhadap orang lain : Baik
- e) Perhatian terhadap lawan bicara : Baik
- f) Kegemaran/hobi : menonton tv

## 3) spritual

- a) Pelaksanaan ibadah : Sholat 5waktu
- b) Kepercayaan/keagamaan pasien : Islam
- c) Keyakinan pada tuhan : Allah SWT
- d) Keluhan lain : Tidak ada
- e) Masalah keperawatan : -

## I. Pola kesehatan fungsional

### 1.Pola Nutrisi dan cairan

#### a. Makan

##### 1) Sehat

- Pola makan : 3x/hari
- Makanan kesukaan : Mie goreng
- Makan pantangan : Tidak ada
- Diet khusus : Tidak ada

## 2) Sakit

Pola makan : 3x1 sehari  
Diet : Tidak ada  
Keluhan : ( ) Anoreksia  
( ) Neusea  
( ) Vomitus  
( ) Disphagia  
Makanan pantangan : Tidak ada  
Perubahan berat badan : ( ) Meningkat  
( ) Menurun  
(✓) Tetap  
Keluhan lain : Tidak ada

## b. Cairan/Minum

### 1) Sehat

Pola minum : 8 gelas/hari  
Minuman Kesukaan : Teh atau kopi

### 2) Sakit

Intake Cairan : (✓) Oral  
( ) NGT  
( ) Parenteral  
( ) Total

Keluhan lain :

Masalah perawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 2. Pola Eliminasi BAK

### 1) Sehat

Jumlah urine	: Normal 1-6 x sehari
Warna	: kuning pekat
Bau	: pesing
Pola BAK	:( <input type="checkbox"/> ) Urgency ( <input type="checkbox"/> ) Polyuria ( <input type="checkbox"/> ) Olygouria( <input type="checkbox"/> ) Urinary ( <input type="checkbox"/> ) Dysuria ( <input type="checkbox"/> ) Anuria
Masalah eliminasi urine	:( <input type="checkbox"/> ) Retensi urine ( <input type="checkbox"/> ) Inkontinensia urine ( <input type="checkbox"/> ) Enuresis ( <input type="checkbox"/> ) Nokturia ( <input type="checkbox"/> ) Hematuri

### 2) Sakit

Jumlah urine	: 1-5 x sehari
Bau	: khas
Volume	: -
Warna	: Kuning pekat
Pola BAK	:( <input type="checkbox"/> ) Urgency ( <input type="checkbox"/> ) Polyuria ( <input type="checkbox"/> ) Olygouria( <input type="checkbox"/> ) Urinary ( <input type="checkbox"/> ) Dysuria ( <input type="checkbox"/> ) Anuria

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## **b. BAB**

### **1) Sehat**

Konsistensi : Lunak  
Bentuk : Oval  
Lendir : ( ) Ada (✓) Tidak  
Darah : ( ) Ada (✓) Tidak  
Masalah eliminasi : ( ) Diare  
( ) Kembung  
( ) Konstipasi  
( ) Hemoroid  
Keluhan lain : Tidak ada keluhan lain  
Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### **3 Pola Aktivitas/Latihan**

#### **a) Sehat**

Pola aktivitas sehari-hari : Tidak menentu  
Latihan fisik : Ada  
Jenis : Olahraga  
Lama : 15 menit  
Aktivitas yang membuat lelah : Tidak ada  
Gangguan pergerakan  
Penyebab : Tidak ada  
Gejala : Tidak ada  
Efek : Tidak ada

**b) Sakit**

Pola sehari-hari	: Tidur di tempat tidur
Latihan fisik	: Tidak ada
Jenis	: Tidak ada
Frekuensi	: Tidak ada
Lama	: Tidak ada
Aktivitas yang membuat lelah	: Berjalan ke kamar mandi
Gangguan pergerakan	
Penyebab	: Jari kaki yang patah
Gejala	: -
Efek	: -
Masalah keperawatan	: Nyeri berhubungan dengan Jari kaki yang patah

**4. Pola istirahat tidur**

**a) Sehat**

Pola tidur	
Malam	: 8 jam
Siang	: 3 jam
Total	: 11 jam
Gangguan tidur	: ( ) Insomnia ( ) Parasomnia ( ) Mendengkur

( ) Mengigau  
( ) Hypersomnia  
( ) Narkolepsi  
Dampak pola tidur : (✓) Segar  
Alat bantu tidur : ( ) Obat

**b) Sakit**

Pola tidur  
Malam : 5 jam  
Siang : 2 jam  
Total : 7 jam  
Gangguan tidur : ( ) Insomnia  
( ) Parasomnia  
( ) Mendengkur  
( ) Mengigau  
( ) Hypersomnia  
( ) Narkolepsi  
Dampak pola tidur : ( ) Segar  
Alat bantu tidur : ( ) Obat

**5. Personal Hygiene**

**a. Sehat**

Mandi : 3 x sehari  
Gosok gigi : 3 x sehari  
Cuci rambut : 2 x sehari

Potong kuku : 1 x seminggu  
Hambatan pemenuhan : tidak ada  
Kebutuhan personal Hyngine : terpenuhi

**b. Sakit**

Mandi : 1 x sehari  
Gosok gigi : tidak pernah  
Cuci rambut : tidak pernah  
Potong kuku : tidak pernah  
Hambatan pemenuhan : -  
Kebutuhan personal hyngine : tidak terpenuhi  
Keluhan lain : -  
Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

**J. Catatan Khusus**

- 1) Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang dideritanya : () Ya (  ) Tidak
- 2) Bila pernah dirawat,  
Macam mana kegiatan perawatan  
Apa yang dirasakan terganggu : -
- 3) Bagaimana hubungan suami istri  
Sebelum dan sesudah sakit : Baik
- 4) Apakah ada pertanyaan yang diajukan : (  ) Ya (  ) Tidak





## 6. Wajah/ Muka

**Inspek** :

Simetris  Ya  Tidak

Ekspresi wajah  Emosi  Tidak  Meringis

Kelainan  Jerawat  Kanker

## 7. Leher

**Inspeksi** :

Warna  Normal  Leterus

Jaringan perut  Pembengkakan

**Palpasi** :

Leher  Panas  Nyeri tekan

Kelenjar Tiroid  Membesar/gondok  Tidak

JVD  Ya  Tidak

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

## 8. Thorax/ Dada dan Paru-paru

**Inspeksi** :

Postur  Normal  Elevasi klavikula

Bentuk  Normal  Pigeon Chest

Pola nafas  Eupnea  Kusmoul

Sifat pernafasan  Dada  Perut

**Palpasi**  Normal  Nyeri tekan

Anterior  Normal  Keras  Lemah

Posterior             Normal    ( ) Keras      ( ) Lemah

**Auskultasi**        :

Bunya nafas         Vesikular        ( ) Bronkovesikuler

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### **9. Payudara**

Inspeksi             Normal            ( ) Tidak

Palpasi              Normal            ( ) Pembengkakan

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### **L. Hasil Pemeriksaan Diagnostik**

Homoglobin        : 17,2

Leukosit            : 116

Rotgen             : Pergelangan kaki sampai ke jari kaki

### **M. Program Dokter**

IFDV                : RL 20tpm

Obat Injeksi        : - Ranitidin 1x1 ampul

- Lanso 1x1 1 ampul

### **N. Catatan Tambahan**

## II. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

### A. ANALISA DATA

**Tabel 1.4**  
**Analisa data dan diagnosa keperawatan**

NO	Data Fokus (Subjektif dan Objektif)	Masalah	Penyebab
1.	<b>DS:</b> Pasien mengatakan cemas berhubungan dengan akan dilakukannya operasi <b>DO:</b> Keadaan pasien tampak cemas -Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tidak nyama TTV : TD : 150/100 mmhg, N : 68 x/mnt, Rr : 24x/mnt	Cemas	Akan dilakukannya operasi
2.	<b>DS:</b> Pasien mengatakan nyeri pada bagian jari kaki yang patah <b>DO:</b> Pasien tampak meringis menahan nyeri -Skala nyeri 4 TTV : TD : 150/100, N : 68/mnt R :24x/mnt	Gangguan rasa nyaman, nyeri	Adanya luka robek di jari kaki
3.	<b>DS:</b> Pasien mengatakan gerah <b>DO:</b> kulit pasien terlihat kotor -badan pasien berbau	Gangguan personal hygiene	penurunan kekuatan tulang

## B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

**Tabel 2.4**  
**Tabel Diagnosa Keperawatan**

NO	Daftar Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas Masalah)	Tanda Tangan
1	Cemas berhubungan dengan akan dilakukannya operasi	Erva nita
2	Gangguan rasa nyaman,nyeri berhubungan dengan adanya luka robek di jari kaki	Erva nita
3	Gangguan personal hygiene berhubungan dengan kelemahan penurunan kekuatan tulang	Erva nita

### C. RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Tn. N

No. Register : 170104

Umur : 44 tahun

Diagnosa : Fraktur digiti III dextra

**Tabel 3.4**  
**Tabel Rencana Keperawatan**

NO	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1.	23/04/2019 09.20 WIB	Cemas berhubungan dengan akan dilakukannya operasi	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x tindakan di harapkan cemas klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Klien tidak lagi merasa cemas - Klien siap menjalani operasi	- Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan ,damping klien dan lakukan tindakan apabila menunjukkan prilaku merusak - Hindari konfrontasi Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan, - berikan lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat - Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada klien dan perasaan	1. Reaksi verbal dan non verbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah da gelisah 2. Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marag, menurun kan kerja sama, dan mungkin memperlambat penyebnya 3. Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu 4. Membuat pasien yakin tentang pembedahan ataupun tindakan yang akan dilakukan 5. Promosi kesehatan dapat mengurangi

				<p>yang mungkin muncul pada saat muncul cemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan promosi kesehatan kepada klien dan keluarga</li> <li>- Ajarkan klien teknik rileksasi napas dalam</li> <li>- Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat</li> </ul>	<p>kecemasan pada pasien</p> <p>6. Teknik rrlaksasi dapat membuat otot menjadi rileksasi</p> <p>7. Memberikan waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas dan perilaku adaptasi</p>
2.	23/04/2019 11.30	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan adanya luka robek di jari kaki yang patah	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 15 menit, di harapkan nyeri klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak tampak meringgis</li> <li>- Skala nyeri 2-3</li> <li>- Klien dapat rileks dalam pengobatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tingkat nyeri</li> <li>- Atur posisi klien senyaman mungkin</li> <li>- Ciptakan suasana aman dan nyaman</li> <li>- Alihkan perhatian klien</li> <li>- Ajarkan teknik rileksasi napas dalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengentahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya</li> <li>- Napas dalam mengurangi nyeri karena otot-otot menjadi rileks</li> <li>- Ttv untuk deteksi dini terhadap perkembangan pasien</li> </ul>

---

3.	23/04/2019 13.30 WIB	Gangguan personal hygiene berhubungan dengan penurunan kekuatan tulang	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x tindakan diharapkan klien mampu mempertahankan kebersihan diri, merasa nyaman,nyeri dengan kriteria hasil : - Kulit pasien tidak kotor - Badan klien tidak berbau	- pantau integritas kulit pasien - Bantu pasien mandi - Berikan pendidikan kesehatan perawatan diri kepada klien	- Mengetahui kondisi klien secara umum - Agar pasien merasakan lebih nyaman dan aman - Menambah wawasan pasien dan keluarga tentang perawatan diri - Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk membantu pasien
----	-------------------------	--	---	--	---

---

## D. TINDAKAN

### CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Tn. N

Ruangan : Ali bin Abi Thalib

**Tabel 4.4**  
**Tabel Tindakan**

Tanggal	Jam	NO. Dx	Tindakan Keperawatan	Nama Jelas
23/04/2019	10:00	I	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengkaji tingkat Cemas klien</li><li>- Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cemasnya</li><li>-Memberikan informasi atau penyuluhan tentang penyakit yang diderita</li></ul>	Erva nita
23/04/2019	11:20	II	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengkaji tingkat nyeri</li><li>- Mengobservasi TTV</li><li>TD: 130/70,</li><li>N : 84 x/i,</li><li>R : 22 x/i</li><li>S : 36°C</li><li>- Relaksasi nafas dalam</li><li>- Mengatur posisi klien</li><li>- Menciptakan lingkungan aman dan nyaman</li><li>- Kolaborasi dengan tim medis</li></ul>	Erva nita
23/03/2019	13:10	III	<ul style="list-style-type: none"><li>- Membantu integritas kulit pasien</li><li>- Membantu pasien mandi</li></ul>	Erva nita

- 
- Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri
  - Melibatkan keluarga pasien
-

## E. EVALUASI

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Tn. N  
Kamar : Ali bin Abi Thalib  
No. Register : 170104  
Diagnosa medis : Fraktur digiti III dextra

**Tabel 5.4**  
**Tabel Evaluasi Keperawatan**

Tanggal	No. Dx	Jam	Subjeki, Objektif, Analisa, Pleaning (SOAP)	Paraf
23/04/2019	I	09.30 Wib	<b>S</b> : Klien menyatakan cemasnya berkurang <b>O</b> : Pasien Terlihat Rileks <b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian <b>P</b> : intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"><li>Memberikan informasi atau penyuluhan tentang penyakit yang diderita</li></ul>	
	II	11:30 Wib	<b>S</b> : Pasien mengatakan nyerinya berkurang <b>O</b> : Skala nyeri 2-3 TTV: TD : 150/90 mmhg R : 20 X/ menit N : 70 x/ menit <b>A</b> : masalah teratasi <b>P</b> : intervensi di hentikan	
	III	13:00 Wib	<b>S</b> : klien mengatakan tubuhnya jauh lebih segar <b>O</b> : tubuh pasien tampak bersih dan tidak bau	

---

A : gangguan personal hygiene teratasi

P : Intervensi di hentikan

---

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan ANA (*American Nurse Association*) ( *Handayaningsih, 2007*)

Pada tahap ini penulis melakukan pengkajian sebelum pasien operasi, penulis menggunakan metode wawancara kepada keluarga dan pasien, metode observasi, metode dokumentasi yang mana penulis mengambil data dari catatan medis pasien. Dimana catatan medis tersebut berisi tentang riwayat kesehatan pasien, program terapi dan data penunjang lainnya yang berhubungan dengan perkembangan kesehatan pasien. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 22 april 2019 jam 15:00 WIB dibawa oleh keluarga dengan keluhan nyeri pada jari kaki sebelah kanan. Saat di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD 150/100 mmhg, RR : 24 x/m, N : 68 x/m, S : 37.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil hemoglobin :17,2 g/dl, glukosa darah: 116 dan rontgen pada pergelangan jari kaki sebelah kanan.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan dan resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan diagnosa secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, mencegah ANA (*American Nurse Association*) (*Handayaniingsih, 2007*)

### **a. Diagnosa keperawatan secara prioritas adalah :**

#### 1) Cemas berhubungan dengan dilakukannya operasi

Alasan diagnosa tersebut diangkat karena secara data subyektif yaitu pasien menyatakan cemas untuk melakukan operasi dan objektif pasien terlihat cemas, dengan TD: 150/100 mmhg N: 68X/M R: 24X/M. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena kecemasan yang dirasakan pada saat pengkajian dan apabila masalah itu tidak di tangani maka akan timbul kecemasan pada saat operasi.

#### 2) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka di bagian jari kaki yang patah.

Nyeri adalah keadaan dimana ketika individu mengalami dan melaporkan adanya ketidaknyaman yang hebat atau sensi

yang tidak menyenangkan selama kurang lebih enam bulan (NANDA NIC NOC,2007). Alasan diagnosa ini diangkat karena pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri di bagian jari kaki yang patah, data objektif pasien yaitu : klien terlihat meringis skala nyeri 4. Diagnosa tersebut di perioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat pengkajian dan apabila ini tidak diatasi maka akan timbul ketidaknyamanan pada pasien

- 3) Gangguan personal hygiene berhubungan dengan penurunan kekuatan tulang.

Alasan diagnosa tersebut di angkat karena pada saat pengkajian klien terlihat kotor dan badan pasien berbau. Alasan pasien tidak membersihkan tubuhnya karena kelemahan penurunan kekuatan pada tulang pasien antara lain tidak bisa berjalan ke kamar mandi. Diagnosa tersebut di perioritaskan penulis sebagai diagnosa ke tiga. Dalam masalah ini dapat diminimalkan menjaga kebersihan tubuh klien.

**b. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul namun ada di teori :**

PRE OP :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic dan perubahan bentuk tubuh
- 3) Gangguan integritas kuli berhubunga dengan fraktur terbuka

POST OP :

- 1) Nyeri berhubungan dengan luka operasi
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan bakteri yang masuk pada post operasi
- 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan kesadaran pada operasi

### **3. Intervensi keperawatan**

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (asmadi 2009). Perencanaan menurut (Nanda 2012) pada kasus Asuhan keperawatan pada Tn. N dengan pre op dan post op fraktur digiti III dextra dilakukan perdiagnosa. Diagnosa pertama adalah cemas berhubungan dengan dilakukannya operasi. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama yaitu Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping klien dan lakukan tindakan apabila menunjukkan perilaku merusak, Hindari konfrontasi, Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan, berikan lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat, Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada klien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat muncul cemas, Berikan promosi kesehatan kepada klien dan keluarga, Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat, berdasarkan pelaksanaan tersebut penulis

juga melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dengan Diagnosa kedua adalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan adanya luka di bagian jari kaki yang luka . perencanaan yang dilakukan adalah Catat karakteristik nyeri, lokasi nyeri, intensitas, serta lama dan penyebarannya Lakukan manajemen nyeri keperawatan : atur posisi yang membuat pasien nyaman, Istirahatkan pasien, Manajemenkan lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengunjung, Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam, Lakukan manajemen sentuhan, Kolaborasi pemberian terapi,analgetik. Berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencanaan dalam diagnosa ini yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori tersebut.

Diagnosa terakhir adalah gangguan personal hygiene berhubungan dengan kelemahan neuromuscular atau penurunan kekuatan tulang, yang di lakukan pada perencanaan ini adalah pantau integritas kulit pasien. Bantu pasien mandi, berikan pendidikan kesehatan keperawatan diri kepada klien, libatkan keluarga klien . berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencanaan yang berbeda dengan teori.

Dari ketiga perencanaan keperawatan untuk tiga diagnosa yang tidak di tegakkkan, penulis melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dari masing masing diagnosa. Dimana dari masing masing diagnosa kriteria hasil yang sama ( surnaryo, 2011)

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah di susun pada tahap perencanaan sebelumnya ( Nanda 2012 ).

Mentasi dengan masing masing diagnosa:

- a. Cemas berhubungan dengan akan dijalannya operasi. Tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan ini adalah mengkaji tanda verbal dan non verbal kecemasan ,dampingi klien dan lakukan tindakan apabila menunjukkan perilaku merusak, Hindari konfrontasi, Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan, berikan lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat, Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada klien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat muncul cemas, Berikan promosi kesehatan kepada klien dan keluarga, Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat, tindakan ini dilakukan untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan pada klien
- b. Gangguan rasa nyaman dan nyeri berhubungan dengan adanya luka jari kaki yang patah . tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah melakukan pengkajian nyeri yaitu Catat karakteristik nyeri, lokasi nyeri, intensitas, serta lama dan penyebarannya, Lakukan manajemen nyeri keperawatan : atur posisi yang membuat pasien nyamanIstirahatkan pasien, Manajemenkan lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengunjung, Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam, Ajarkan

teknik distraksi pernapasan dalam, Lakukan manajemen sentuha,  
Kolaborasi pemberian terapi, analgetik.

- c. Gangguan personal hygiene berhubungan dengan penurunan kekuatan tulang. tindakan keperawatannya adalah pantau integritas kulit pasien, bantu pasien mandi, berikan pendidikan kesehatan keperawatan diri kepada klien dan melibatkan keluarga klien

## **5.Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011)

Setelah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah :

1. Klien tidak lagi merasa cemas
2. Klien tampak rileks
3. Kulit klien terlihat bersih dan tidak berbau
4. Klien tampak segar

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.N dengan pre dan post Fraktur digiti III dextra, penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan pada klien Tn.N dengan Fraktur digiti III dextra di Ruang Ali Bin Abi Talib Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang.

##### 1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan sebelum pasien operasi dan sesudah operasi, penulis menggunakan metode wawancara kepada pasien dan kepada keluarga pasien, pada metode observasi, metode dokumentasi didapatkan pada data catatan medis pasien

##### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa didapatkan dari keluhan klien Tn.N dan penulis menemukan diagnosa prioritas yaitu: Yang pertama Cemas berhubungan dengan akan dilakukan operasi Yang kedua Gangguan rasa nyaman, nyeri berhubungan adanya luka di jari kaki sebelah kanan Yang ketiga Gangguan personal hygiene berhubungan dengan penurunan kekuatan tulang

##### 3. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana di dapat 3 diagnosa keperawatan yang pertama yaitu cemas berhubungan dengan akan dilakukannya operasi.

**Rencana keperawatan pada diagnosa pertama** adalah kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping pasien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku yang merusak, hindari konfrontasi, mulai melakukan tindakan yang tenang dan suasana penuh istirahat, tingkatkan control sensasi klien, orientasikan klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan asientasnya, berikana privasi untuk klien dan orang terdekat

**Rencana keperawatan pada diagnosa kedua** adalah Catat karakteristik nyeri, lokasi nyeri, intensitas, serta lama dan penyebarannya, Lakukan manajemen nyeri keperawatan : atur posisi yang membuat pasien nyaman, Istirahatkan pasien, Manajemen lingkungan : lingkungan tenang dan batasi pengunjung, Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam, Ajarkan teknik distraksi pernapasan dalam, Lakukan manajemen sentuhan, Kolaborasi pemberian terapi, analgetik

**Rencana keperawatan pada diagnosa ketiga** adalah pantau integritas kulit pasien, bantu pasien mandi, berikan pendidikan kesehatan perawatan diri kepada klien

#### 4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang dibuat. Karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn. N dengan pre op dan op fraktur digiti III dextra dilakukan 2 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP.

## B. SARAN

1. Bagi klien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn.N dengan Fraktur digiti III dextra, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi perawat

Diharapkan mampu berkordinasi dengan tim kesehatan yang lain yaitu dokter dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, (*care*) kepedulian dan kesabaran, pada umumnya dan khususnya pada klien pre op dan post op fraktur digiti III dextra.

3. Bagi institusi Universitas Pahalawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan propesional sehingga dapat tercipta perawat profesional dan mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik.

## DAFTAR PUSTAKA

Abd.wahid,2013,*Asuhan keperawatan dengan gangguan sistem muskuloskeletal*,Jakarta : CV

Sangung seto, di akses tanggal 14 juni 2019

Deswani,2009,*Proses keperawatan medikal bedah*,jakarta Salemba Medika, diakses tanggal

20 juni 2019

Herlman, T. Heather, dkk. 2015. NANDA International Diagnosis Keperawatan : Definisi

dan Klasifikasi 2015-2017.Jakarta: EGC, buku ajar medikal bedak  
diagnosa keperawatan, diakse tanggal 20 juni 2019

Kasuma, Arta Adi.2013. *pengaruh motivasi dan lngkungan kerja terhadapkinerja karyawan*

*hotel karyawan Hotel muria semarang*,Skripsi UNES. Semarang,  
diakses tanggal 25 juni 2019

Muttaqin, Arif, 2008. *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem Imunologi* : Jakarta. Salemba Medikadi akses tanggal 5 juli 2019

Rencana Asuhan ,keperawatan Medikal-Bedah : Diagnosis NANDA-1 2015-2017, Di akses 23 juli 2019

Solomon, Michael R. (2011). *Consumer behavior* : Buying, Having and Being. New jersey ; Pearson addison wasley diakses tanggal 28 juni 2019

Smeltzer, S. & Suzane C. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Alih bahasa Agung waluyo, Edisi 2: Jakarta : EGC, tahun penerbit 2017, di akses tanggal 25 juni 2019

Smelzer, 2008 . *Konsep asuhan keperawatan*. Edisi 3 EGC Jakarta : PAJAJRAN 2008, di akses tanggal 26 juni 2019

Price, Wilson, 2006 *patofisiologi* Vol 2 : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Penerbit Buku kedokteran , EGC, Jakarta : 2018, di akses tanggal 1 juli 2019

<http://dolvi-wwwners.blogspot.com/2016/01/askep-fraktur-calcanae-dextra-terbuka.html?m=1>

<https://www.google.com/amp/s/pekabaru.tribunnews.com/amp/2019/02/24/sepanjang-2018-789-warga-riau-tewas-akibat-lkalantas-90-persen-dialami-kalangan-millennial>