



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN A DENGAN CLOSE
FRAKTUR CLAVICULA SINISTRA DI RUANG A RUMAH
SAKIT SWASTA CIKARANG DI MASA PANDEMI COVID 19**

Disusun Oleh:

PUTRI ANGGIA RENATA

201801032

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN A DENGAN CLOSE
FRAKTUR CLAVICULA SINISTRA DI RUANG A RUMAH
SAKIT SWASTA CIKARANG DI MASA PANDEMI COVID 19**

Disusun Oleh:

PUTRI ANGGIA RENATA

201801032

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Putri Anggia Renata

NIM : 201801032

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi Covid19” yang di laksanakan pada tanggal 3 sampai dengan 6 Mei 2021 adalah karya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bekasi, 2021

Yang membuat pernyataan



(Putri Anggia Renata)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn A Dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi Covid19” ini telah di setujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji

Bekasi, 22 Juni 2021

Pembimbing Makalah



(Ns. Latriyanti., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinatir Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi susanti., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn A Dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi Covid 19” yang disusun oleh Putri Anggia Renata (201801032) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp. M.Kep)

Penguji II



(Ns. Latriyanti., M.Kep)

Nama : Putri Anggia Renata
Nim : 201801032
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Tn A Dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang Di Masa Pandemi Covid 19
Halaman : xii + 54 halaman + 2 tabel +1 lampiran
Pembimbing : Latriyanti

ABSTRAK

Latar Belakang: Fraktur adalah rusaknya kontinuitas tulang biasanya disebabkan karena adanya tekanan dari eksternal yang lebih besar dibandingkan dengan yang bisa diserap oleh tulang itu sendiri, yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Angka kejadian fraktur clavicula di Indonesia pada provinsi Jawa Barat sebanyak 2,6% dari 16.150 orang mengalami cedera. Menurut data yang di peroleh berdasarkan rekam medis di salah satu rumah sakit swasta cikarang dalam satu tahun terakhir didapatkan 85 kasus fraktur clavicula, diantaranya terdapat 21 kasus terjadi pada perempuan dan 64 kasus terjadi pada laki-laki.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur clavicula melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan dua diagnosa pre operasi dan dua diagnose post operasi yaitu nyeri akut, dan risiko infeksi. Diagnosa prioritas yang diangkat adalah nyeri akut. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas adalah kaji ttv (td, n) setiap 8 jam, kaji tingkat nyeri setiap 8 jam, berikan posisi nyaman (semi fowler), ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri, berikan obat – obatan sesuai program medis. Semua tindakan dilakukan sesuai rencana. Setelah dilakukan tindakan pemberian antipiretik dan kaji tingkat nyeri diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kesimpulan Dan Saran: Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas yang perlu diperhatikan adalah nyeri berkurang sampai dengan hilang. Saran perawat diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien fraktur clavicula secara komprehensif. Pada saat memilih prioritas diagnosa harus didasarkan pada masalah yang paling menonjol pada pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Fraktur Clavicula

Daftar Pustaka: 12 (2011-2019)

Name : Putri Anggia Renata
Student Number : 201801032
Study Program : Diploma Of Nursing
Title : Nursing Care for Mr A with a Close Clavicula Sinistra
Fracture in Room A of a Private Hospital Cikarang
During the Covid 19 Pandemic
Page :xii + 54 pages + 2 tables + 1 attachment
Mentor : Latriyanti

ABSTRACT

Background: Fracture is a break in the continuity of the bone usually caused by external pressure that is greater than that which can be absorbed by the bone itself, which is usually caused by traffic accidents. The incidence of clavicle fractures in Indonesia in West Java Province is 2.6% of 16,150 people who are injured. According to data obtained based on medical records at a private hospital in Cikarang, in the past year there were 85 cases of clavicle fractures, of which 21 cases occurred in women and 64 cases occurred in men.

Main Objective: This case report is to obtain a real picture of nursing care in patients with clavicle fractures through a comprehensive nursing process approach.

Method In Writing: In preparing this case report using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Result: The results of the study obtained two preoperative diagnoses and two postoperative diagnoses, namely acute pain, and risk of infection. The priority diagnosis raised was acute pain. Interventions on priority nursing diagnoses are assessing ttv (td, n) every 8 hours, assessing pain level every 8 hours, providing a comfortable position (semi-fowler), teaching deep breathing relaxation techniques when feeling pain, giving medicines according to medical programs. All actions are carried out according to plan. After the action of giving antipyretics and assessing the level of pain, it is hoped that the pain will decrease until it disappears.

Conclusions And Suggestions: Nursing evaluation on priority nursing diagnoses that need to be considered is pain reduced until it disappears. Nurses' suggestions are expected to be able to carry out comprehensive nursing care for clavicle fracture patients. When selecting a priority, the diagnosis should be based on the most prominent problem in the patient.

Keyword: Nursing Care Clavicula Fracture

References: 12 (2011-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis mengucapkan kehadiran Allah SWT, karena dengan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn A Dengan Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang. Adapun tujuan dari makalah ilmiah ini disusun dalam rangka memuhi persyaratan ujian mata kuliah pada semester VI program pendidikan diploma DIII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis telah banyak diberikan doa dan motivasi dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing makalah ilmiah yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis untuk dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih sebesar- besarnya kepada:

1. Ns. Latriyanti., M.Kep selaku penguji II, serta dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. Ns. Yeni Mauliawati, SKp. M.Kep, selaku penguji yang telah bersedia menguji penulis mengenai makalah ilmiah ini.
3. Ns. Renta Sianturi., M.Kep., Sp. Kep. J selaku Pembimbing Akademik penulis yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari semester I hingga semester VI serta dapat menyelesaikan seluruh program belajar ini dengan baik dan lancar
4. Dr. Susi Hartati., M.Kep., Sp. Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Keluarga tercinta papih, mamih, abangku tersayang Mausest Septiadi dan Richard Junius yang selalu mendoakan setiap waktu serta memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama menjalankan studi 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
6. Seluruh dosen pengajar dan staf STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.

7. Suster shifa selaku clinical mentor serta kepala ruangan rumah sakit mitra keluarga cikarang yang telah banyak membimbing penulis di tempat praktik.
8. Tn. A selaku pasien yang telah senantiasa bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.
9. Untuk diri saya sendiri, terimakasih sudah mau berjuang dan bertahan sampai detik ini.
10. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Lastri yaitu Lisda, syafitri, dan tatu
11. Gading squad yang terdiri dari Feny, Christine, Alfonsa, Ilham, Agnes yang sudah memberikan support dan semangat selama ngekost sampai sidang.
12. Christine Rodo teman persekamaran selama di gading yang selalu mendengarkan keluh kesah, cerita, memberikan semangat, menemani begadang dan yang selalu memberikan masukan terkait kti.
13. Lisda Nur Syah'bani yang yang telah menemani selama 3 tahun ini dan selalu memberikan semangat serta dukungan kepada penulis.
14. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan VIII DIII Keperawatan STIKes mitra keluarga yang telah berjuang bersama penulis selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka kami menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki makalah ini. Akhir kata kami berharap semoga ini bermanfaat untuk masyarakat dan dapat memberikan pengetahuan bagi pembaca.

Bekasi,..... 2021

penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Metode Penulisan	3
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II.....	6
TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Proses perjalanan penyakit	7
2. Manifestasi klinis	7
3. Klasifikasi.....	7
4. Komplikasi	9
D. Penatalaksanaan Medis	10
E. Pengkajian Keperawatan.....	10
F. Diagnosa Keperawatan.....	12

G. Perencanaan Keperawatan	12
H. Pelaksanaan Keperawatan	16
I. Evaluasi Keperawatan	17
BAB III	19
TINJAUAN KASUS	19
A. Pengkajian	19
B. Diagnosa Keperawatan.....	32
C. Rencana, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan	32
BAB IV	42
PEMBAHASAN	42
A. Pengkajian Keperawatan	42
B. Diagnosa Keperawatan.....	43
C. Perencanaan.....	44
D. Pelaksanaan Keperawatan	46
E. Evaluasi Keperawatan	46
BAB V.....	48
PENUTUP.....	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	52

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	32
Tabel 3.2 Analisa Data.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 (patoflowdiagram fraktur clavicula)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur adalah rusaknya kontinuitas tulang yang biasanya disebabkan karena adanya tekanan dari eksternal yang lebih besar dibandingkan dengan yang bisa diserap oleh tulang itu sendiri (Asikin, 2016).

Fraktur atau patah tulang, biasanya dapat disebabkan karena trauma dan tenaga fisik. Akibat dari trauma pada tulang tersebut yaitu bergantung pada jenis trauma yang dialami, kekuatan dan arahnya. Patah tulang yang berada di dekat sendi atau mengenai sendi dapat menyebabkan patah tulang yang sering disebut dengan fraktur dislokasi (R, 2011).

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2013 terdapat 120.222 kali atau 72% terjadinya kecelakaan lalu lintas dalam setahun. Kejadian fraktur clavícula di negara Indonesia sebanyak 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta, yang merupakan angka kejadian fraktur terbesar di Asia Tenggara (Wrong, 2011).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang didapatkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI pada tahun 2018 dari banyaknya kasus cedera yang diakibatkan dari kecelakaan yang ada Indonesia memiliki prevalensi sebanyak 2,2% penyebab kecelakaan tertinggi yaitu mengendarai kendaraan bermotor dengan prevalensi sebanyak 72,2 %. Cedera yang terjadi pada daerah dada memiliki prevalensi sebanyak 2,6% dari 300.000 orang, hasilnya yaitu sekitar 7.800 orang. Angka kejadian cedera yang disebabkan oleh kecelakaan tertinggi di Indonesia terdapat pada provinsi Sulawesi Utara dengan prevalensi sebanyak 3,5%. Sedangkan cedera pada provinsi Jawa Barat sebanyak 2,6% dari 16.150 orang mengalami fraktur (Kemenkes RI, 2018).

Data berdasarkan rekam medis di salah satu Rumah Sakit Swasta Cikarang pada Januari 2020 sampai April 2021 dari hasil angka kejadian fraktur clavicula dalam satu tahun terakhir didapatkan 85 kasus fraktur clavicula, diantaranya terdapat 21 kasus terjadi pada perempuan dan 64 kasus terjadi pada laki-laki. Angka kejadian fraktur clavicula akan meningkat jika tidak segera ditangani, jika tidak segera ditangani kasus tersebut dapat mengakibatkan komplikasi berupa syok, embolisme lemak, sindrom kompartemen, dan tromboemboli vena (trombosis vena dalam [DVT], embolisme pulmonal [PE]).

Protokol kesehatan sangat diperlukan pada masa pandemi dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur. Saat melakukan asuhan keperawatan, perawat diharuskan menerapkan protokol kesehatan 5M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, dan mengurangi mobilitas) untuk mengurangi risiko terinfeksi atau menyebarkan Covid19. Adapun peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai Caregiver atau pemberi asuhan keperawatan, advocate atau advokator, educator atau pemberi edukasi, dan kolaborator atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Peran perawat sebagai caregiver yaitu memperhatikan kebutuhan pasien dengan fraktur yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan. Peran perawat sebagai advocate yaitu sebagai pembela hak pasien dengan fraktur. Peran perawat sebagai educator yaitu memberikan edukasi dengan tujuan mengubah perilaku pasien dengan fraktur agar dapat menjalani pola hidup sehat dan menganjurkan pasien untuk melakukan olahraga. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik, fisioterapi, dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan fraktur. Kolaborasi khususnya dilakukan untuk pemberian obat injeksi ataupun obat oral serta dalam pemberian diet 3J yaitu jumlah (kalori), jenis, dan jadwal.

Berdasarkan uraian diatas maka dari itu penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid19”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan close fraktur clavicula sinistra.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan close fraktur clavicula sinistra.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan close fraktur clavicula sinistra.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan close fraktur clavicula sinistra.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan close fraktur clavicula sinistra.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan masalah kesehatan close fraktur clavicula sinistra.
- f. Mengidentifikasi kesejangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan close fraktur clavicula sinistra.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola

satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Adapun metode yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Studi kasus yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik hingga berlangsungnya proses keperawatan.
2. Studi kepustakaan yaitu dengan cara mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien dengan close fraktur clavicula sinistra untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.
3. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data melalui rekam medis yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan lebih akurat.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra di Ruang A Rumah Sakit Swasta Cikarang selama 3 hari dari tanggal 4 sampai dengan tanggal 6 Mei 2021.

E. Sistematika Penulisan

Secara garis besar makalah ilmiah ini tersusun dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: BAB I yang berisi tentang pendahuluan, latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yaitu pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan (pemeriksaan diagnostik), perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III berisi tentang tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu pembahasan yang menjelaskan kesenjangan antara teori dan kasus dari pengkajian

keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V adalah penutup yang berisi tentang kesimpulan dan saran. Daftar pustaka yang mencantumkan beberapa buku referensi yang digunakan. Bagian akhir dari makalah ilmiah ini adalah lampiran yang berupa patoflowdiagram close fraktur clavícula.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Fraktur adalah gangguan yang komplet atau tak-komplet pada suatu kontinuitas struktur tulang dan dapat didefinisikan sesuai dengan jenis dan keluasannya. Fraktur tersebut dapat terjadi ketika tulang menjadi memiliki tekanan yang lebih besar dari yang dapat diserapnya (Brunner, 2019).

Fraktur clavícula merupakan terputusnya tulang clavícula yang disebabkan dari trauma langsung dan tidak langsung pada posisi lengan terputus atau tertarik keluar (*outstretched hand*) karena trauma tersebut berlanjut dari pergelangan tangan sampai clavícula (muttaqin, 2012).

Fraktur clavícula (tulang selangka) adalah cedera yang sangat sering terjadi akibat jatuh atau pukulan langsung pada bahu (Brunner, 2019).

B. Etiologi

Menurut Saputra (2014) fraktur dapat terjadi karena beberapa faktor, yaitu: Tumor tulang, konsumsi obat yang mengganggu penilaian atau mobilitas, sehingga menyebabkan terjatuh atau cedera, terjatuh, kecelakaan kendaraan bermotor, dan olahraga, obat-obatan (seperti kortikosteroid) yang menyebabkan osteoporosis iatrogenik, penyakit metabolik.

Sedangkan menurut penelitian yang ditulis oleh Wijaya (2016) fraktur dapat terjadi karena beberapa hal, yaitu: kecelakaan di jalan raya (penyebab paling sering), olahraga, menyelam yang sangat dangkal, luka tertembak atau luka tikam, osteoporosis yang disebabkan oleh fraktur kompresi pada vertebra, tumor infiltrasi maupun kompresi, dan penyakit vaskular.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Patofisiologi fraktur clavícula menurut Helmi (2012) tulang clavícula merupakan tulang pertama yang mengalami proses pergerasan pada saat masa perkembangan embrio yang terjadi pada saat berada di minggu ke lima dan keenam.

Tulang clavícula dapat membantu mengangkat bahu ke atas, keluar, serta kebelakang thorax. Karena posisinya yang terletak pada bawah kulit maka dari itu tulang ini sangat rawan sekali untuk patah.

Patah tulang clavícula dapat terjadi akibat tekanan yang sangat kuat atau hantaman yang keras pada bahu. Energi tinggi tersebut yang akan menekan bahu atau pukulan langsung pada tulang dapat menyebabkan fraktur.

2. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala klinis fraktur yaitu mencakup nyeri akut, kehilangan fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, dan edema lokal serta ekimosis. Tidak semua manifestasi ini terdapat dalam setiap fraktur (Brunner, 2019).

3. Klasifikasi

Menurut Apley (2017) & Sulistyaningsih (2016) berdasarkan ada tidaknya hubungan fraktur tulang dengan dunia luar dapat di bagi menjadi dua yaitu:

- a. Fraktur tertutup (closed fracture) yaitu fraktur tanpa adanya komplikasi, kulit masih utuh, tulang tidak menonjol melalui kulit. Fraktur tertutup bisa dikatakan fraktur yang bersih dikarenakan pada kulit daerah fraktur masih utuh. fraktur tertutup dapat klasifikasikan berdasarkan keadaan jaringan lunak di sekitar fraktur yang diakibatkan cedera langsung ke daerah fraktur, yaitu:

- 1) Grade 0: Fraktur yang terjadi akibat cedera tidak langsung pada daerah fraktur dengan kerusakan jaringan lunak yang cukup sedikit.
 - 2) Grade 1: Fraktur tertutup diakibatkan dari kecelakaan dengan tingkat energi rendah hingga sedang dan mengalami abrasi pada superfisial kulit atau memar pada jaringan lunak.
 - 3) Grade 2: Fraktur tertutup akibat dari kecelakaan dengan tingkat energi sedang hingga tinggi dan mengalami cedera pada otot dan jaringan lunak.
 - 4) Grade 3: Fraktur tertutup dengan terdapatnya kerusakan jaringan lunak yang berat dan disertai *degloving* atau avulsi kulit serta cedera pada pembuluh darah ataupun ancaman pada sindroma kompartemen.
- b. Fraktur terbuka (open fracture) adalah fraktur yang merusak jaringan kulit, karena adanya sebuah hubungan dengan lingkungan luar, maka dari itu fraktur terbuka potensial terjadinya infeksi. Dapat dikatakan fraktur terbuka apabila terdapat hubungan antara tulang dengan dunia luar, dimana tulang yang patah menembus otot dan kulit. Berdasarkan berat ringannya luka, fraktur terbuka ini dapat dibagi menjadi 3 derajat yaitu:
- 1) Derajat 1, yaitu luka kurang dari 1 cm.
 - 2) Derajat 2, yaitu luka yang lebih besar tanpa adanya kerusakan jaringan lunak yang luas.
 - 3) Derajat 3, yaitu luka sangat terkontaminasi serta memiliki kerusakan pada jaringan lunak yang cukup luas (jenis yang paling parah).

Menurut Brunner (2019) Lokasi patah tulang pada clavícula diklasifikasikan menjadi 3 kelompok:

- a. Kelompok 1: patah tulang pada sepertiga tengah tulang clavícula (insidensi kejadian 75 sampai 80%).
 - 1) Pada daerah tersebut tulang sangat lemah dan tipis.

- 2) Umumnya terjadi pada pasien dengan usia muda.
- b. Kelompok 2: patah tulang pada clavícula dengan sepertiga distal (15-25%). Terbagi menjadi 3 tipe berdasarkan lokasi ligament coracoklavikular yakni (yakni, conoid dan trapezoid).
 - 1) Tipe 1. Secara umum patah tulang pada daerah distal tanpa perpindahan antara tulang ataupun gangguan pada ligament coracoclevicular.
 - 2) Tipe 2 A. Fraktur tidak stabil dan terjadinya perpindahan tulang, dan ligament tersebut masih melekat.
 - 3) Tipe 2 B. Terjadi gangguan pada ligament. Salah satunya terkoyak ataupun keduanya.
 - 4) Tipe 3. Patah tulang di bagian distal clavícula yang dapat melibatkan AC joint.
 - 5) Tipe 4. Ligament tetap utuh dan melekat pada periosteum, sedangkan untuk fragmen proksimal berpindah keatas.
 - 6) Tipe 5. Patah tulang clavícula dapat terpecah menjadi beberapa fragmen.
- c. Kelompok 3: patah tulang clavícula di sepertiga proksimal (5%).

4. Komplikasi

Menurut Brunner (2019) komplikasi awal pada kasus fraktur berupa syok, embolisme lemak, sindrom kompartemen, dan tromboemboli vena (trombosis vena dalam [DVT], embolisme pulmonal [PE]). Komplikasi lanjut pada fraktur mencakup penyatuan (union) yang lambat, kesalahan penyatuan (malunion), tidak menyatu (nonunion), nekrosis avascular (AVN) tulang, reaksi terhadap alat viksasi internal, sindrom nyeri regional yang kompleks.

Jika sindrom embolisme lemak tersebut terjadi, maka yang menyumbat pembuluh darah kecil yang menyuplai otak, paru, ginjal, dan organ lainnya.

Sindrom kompartemen (terjadi ketika tekanan pada perfusi turun dibawah tekanan jaringan di dalam kompartemen anatomi yang tertutup). Sindrom kompartemen akut akan menyebabkan nyeri yang

sangat dalam, berdenyut, serta tidak dapat dikontrol oleh opioid (hal tersebut dikarenakan gips yang terlalu ketat atau edema atau hemoragi).

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Helmi (2012) penatalaksanaan pada klien dengan kasus fraktur 1/3 tengah, intervensi reduksi dilakukan. Intervensi dengan pemasangan gendongan bahu dengan tidak menganjurkan klien melakukan abduksi lengan yang dapat dilakukan hingga nyeri mereda (biasanya dalam waktu 2-3 minggu). Sesudah itu harus dilakukan latihan pada bahu secara aktif, hal ini sangat penting terutama pada pasien dengan fraktur.

Fraktur 1/3 bagian yang mengalami sebuah pergeseran yang hebat misalnya pada pemeriksaan yang ligamen korakoklavicular yang robek biasanya tidak dapat direduksi secara tertutup. Oleh karena itu, terapi operasi pada fraktur diindikasikan melalui insisi supra clavicular, fragmen reposisi dan dipertahankan dengan fiksasi interna dan kemudian kembali ke batang clavicular.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges, Marilyn (2012) pengkajian keperawatan terhadap fraktur meliputi:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda:

Kehilangan fungsi pada bagian yang cedera (fraktur itu sendiri dari pembengkakan jaringan, nyeri).

2. Sirkulasi

Tanda:

Hipertensi (terlihat dari respons terhadap nyeri ataupun ansietas) atau hipotensi (kehilangan darah).

Takikardi (respons stress, hipovolemia)

3. Neurosensori

Gejala:

- a. Hilang gerakan/sensasi, spasme otot
- b. Kebas/kesemutan (parestesis).

Tanda:

Agitasi (mungkin berhubungan dengan adanya nyeri, ansietas atau trauma lain yang dialami).

4. Nyeri/kenyamanan

Gejala:

Nyeri berat secara tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area jaringan atau kerusakan pada tulang dapat berkurang pada saat imobilisasi) tidak ada nyeri akibat kerusakan suatu saraf.

5. Keamanan

Tanda:

Laserasi kulit, avulsi jaringan, perdarahan, perubahan warna. Pembengkakan local (hal tersebut dapat meningkat secara bertahap ataupun tiba-tiba).

6. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala:

Lingkungan cedera.

Pertimbangan rencana pemulangan:

Memerlukan bantuan berupa alat transportasi, aktivitas perawatan diri, dan tugas pemeliharaan ataupun perawatan rumah.

7. Pemeriksaan diagnostik

- a. Pemeriksaan rontgen: menentukan lokasi dan luasnya fraktur atau trauma.
- b. Skan tulang, tomogram, skan CT/MRI: memperlihatkan fraktur; juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram: dilakukan apabila terdapat kerusakan pada vaskuler.
- d. Hitung darah lengkap: Hematokrit bisa saja meningkat (hemokonsentrasi) ataupun menurun (perdarahan pada fraktur).

- e. Kreatinin: trauma pada otot dapat meningkatkan beban kreatinin pada klirens ginjal.
 - f. Profile koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.
8. Prioritas keperawatan
- a. Mencegah cedera tulang/jaringan lanjut.
 - b. Menghilangkan nyeri
 - c. Mencegah komplikasi
 - d. Memberikan informasi tentang kondisi/prognosis dan kebutuhan pengobatan.
9. Tujuan pemulangan
- a. Fraktur stabil
 - b. Nyeri terkontrol
 - c. Komplikasi dicegah/minimal

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Marilyn (2012) diagnosa keperawatan terhadap fraktur meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera pada jaringan lunak, alat traksi/imobilisasi
2. Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan cedera tusuk; fraktur terbuka, bedah perbaikan; pemasangan traksi pen, kawat, sekrup, imobilisasi fisik.
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.
4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut Doenges, Marilyn (2012) perencanaan keperawatan terhadap fraktur meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera pada jaringan lunak, alat traksi/imobilisasi

Tujuan dan kriteria hasil: menyatakan nyeri hilang.

Intervensi

a. Mandiri

- 1) Tinggikan dan dukung ekstremitas yang terkena.

Rasional: meningkatkan aliran balik vena, menurunkan edema, serta menurunkan nyeri yang dialami.

- 2) Hindari penggunaan spre/bantal plastic dibawah ekstremitas dalam gips.

Rasional: dapat meningkatkan ketidaknyamanan dikarenakan peningkatan produksi panas di dalam gips.

- 3) Evaluasi keluhan nyeri/ketidaknyamanan, perhatikan lokasi dan karakteristik, termasuk intensitas (skala 0-10). Perhatikan nyeri non verbal (terdapat perubahan pada tanda vital).

Rasional: mempengaruhi keefektifan pada intervensi.

- 4) Dorong menggunakan teknik manajemen stress, contoh relaksasi progresif, latihan napas dalam, imajinasi visualisasi.

Rasional: meningkatkan rasa kontrol, dan dapat meningkatkan kemampuan dalam manajemen nyeri.

b. Kolaborasi

- 1) Lakukan kompres dingin/es 24-48 jam pertama sesuai keperluan.

Rasional: menurunkan edema atau pembentukan hematoma, serta menurunkan nyeri.

2. Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan cedera tusuk; fraktur terbuka, bedah perbaikan; pemasangan traksi pen, kawat, sekrup, imobilisasi fisik.

Tujuan dan kriteria hasil: menyatakan ketidaknyamanan hilang.

Mencegah kerusakan kulit atau memudahkan penyembuhan sesuai dengan indikasi.

Intervensi

a. Mandiri

- 1) Kaji kulit pada luka yang terbuka, benda asing, kemerahan, perdarahan, serta perubahan warna.

Rasional: memberikan informasi pada sirkulasi kulit dan masalah yang disebabkan oleh alat atau pemasangan gips yang membutuhkan intervensi lanjut.

- 2) Masase kulit serta penonjolan tulang.

Rasional: dapat menurunkan tekanan pada area kerusakan kulit.

- 3) Ubah posisi dengan sering.

Rasional: mengurangi tekanan serta meminimalkan terjadinya risiko kerusakan pada kulit.

- 4) Kaji posisi cincin bebat pada alat traksi.

Rasional: posisi yang tidak tepat dapat menyebabkan cedera pada kulit.

- 5) Penggunaan gips dan perawatan kulit.

Rasional: membiarkan gips untuk tetap kering, dan area sekitar gips tetap bersih.

- 6) Tingkatkan pengeringan gips dengan mengangkat linen tempat tidur, memanjakan pada sirkulasi udara.

Rasional: mencegah kerusakan pada kulit yang dapat menyebabkan kelembaban pada gips dalam jangka yang lama.

- 7) Observasi untuk potensial area yang tertekan, khususnya pada akhir dan bawah babatan/gips.

Rasional: tekanan dapat menyebabkan ulserasi, nekrosis, dan/atau kelumpuhan saraf.

- 8) Beri bantalan (petal) pada akhir gips dengan plester tahan air.

Rasional: memberikan perlindungan yang efektif pada gips.

- 9) Bersihkan kelebihan plester dari kulit saat masih baah.

Rasional: plester yang kering dapat melekat pada gips dan menyebabkan kerusakan kulit

b. Kolaborasi

- 1) Gunakan tempat tidur busa, bulu domba, bantal apung, atau kasur udara sesuai indikasi
Rasional: karena imobilisasi bagian tubuh, tonjolan tulang lebih dari area yang sakit karena penurunan sirkulasi.
3. Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, traksi tulang.
Tujuan dan kriteria hasil: mencapai penyembuhan luka sesuai waktu, bebas drainase purulent atau eritema dan demam.
Intervensi:
 - a. Mandiri
 - 1) Kaji sisi pen/kulit perhatikan keluhan peningkatan nyeri/rasa terbakar atau adanya edema, eritema, drainase/ bau tak enak.
Rasional: dapat mengindikasikan timbulnya infeksi local/nekrosis jaringan, yang dapat menimbulkan osteomilitis.
 - 2) Berikan perawatan pen/kawat steril sesuai protokol dan latihan mencuci tangan.
Rasional: mencegah kontaminasi serta kemungkinan untuk terjadinya infeksi.
 - b. Kolaborasi
 - 1) Hitung darah lengkap.
Rasional: leukositosis dengan proses infeksi.
 - 2) LED
Rasional: peningkatan pada osteomielitis
 - 3) Berikan obat antibiotik IV/topikal.
Rasional: antibiotik spectrum luas dapat digunakan secara profilaktik atau dapat ditujukan pada mikroorganisme khusus.
 4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi.
Tujuan dan kriteria hasil: pemahaman terkait kondisi, prognosis, dan pengobatan. Melakukan prosedur yang sangat diperlukan serta menjelaskan alasan saat akan melakukan suatu tindakan.
Intervensi

a. Mandiri

- 1) Kaji ulang patologi, prognosis, dan harapan yang akan datang.
Rasional: memberikan pengetahuan dasar kepada pasien dalam membuat pilihan informasi.
- 2) Beri penguatan metode mobilitas dan ambulasi sesuai instruksi dengan terapis fisik bila diindikasikan.
Rasional: fraktur menggunakan gips, atau penjepit selama waktu proses penyembuhan.
- 3) Dorong pasien untuk melanjutkan latihan aktif untuk sendi di atas dan di bawah fraktur.
Rasional: mencegah kekakuan sendi, kontraktur, dan kelelahan otot, meningkatkan kembalinya aktivitas sehari-hari secara dini.
- 4) Tinggikan ekstremitas sesuai kebutuhan
Rasional: pembengkakan dan edema terjadi setelah pengangkatan atau pelepasan pada gips.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Asmadi (2015) implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori sebagai berikut :

1. Independent

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya antara lain :

- a. Mengkaji pasien melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan untuk memerlukan intervensi pasien.
- c. Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk memulihkan kesehatan pasien.
- d. Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2. Interdependen

Suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dari tenaga kesehatan yang lain.

3. Dependent

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut Asmadi (2015) evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan suatu perbandingan yang sistematis antara hasil akhir dengan tujuan yang dibuat pada tahap perencanaan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan tercapai

Jika pasien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditentukan.

2. Tujuan sebagian tercapai

Jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

3. Tujuan tidak tercapai

Jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu *subyektif, obyektif, assessment, dan planing*. Komponen SOAP yaitu S (subyektif) adalah data yang di dapat berdasarkan keluhan yang dialami pasien. O (obyektif) adalah data yang di dapat dari hasil pengukuran atau observasi. A (assesment) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasaya dapat ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan maupun yang akan dihentikan. Evaluasi dinilai berdasarkan respon pasien terhadap implementasi yang telah dilakukan, sehingga didapatkan keputusan sebagai berikut :

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (Rencana tindakan keperawatan dapat diakhiri ketika tujuan yang telah ditetapkan tercapai)
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (Rencana tindakan keperawatan yang sebelumnya telah direncanakan dapat dimodifikasi sesuai dengan perkembangan kondisi pasien)
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan (Dalam beberapa kondisi pasien memerlukan waktu yang lebih lama dalam mencapai tujuan yang diharapkan).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 04 Mei 2021 di Ruang A kelas IIC, nomor register 04-51-94 dengan diagnosa medis close fraktur clavicula sinistra.

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. A dengan usia 34 tahun. Pasien sudah menikah, beragama Islam, pasien bersuku Jawa, pendidikan terakhir SLTA. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia. Pasien seorang karyawan swasta di salah satu Rumah Sakit (jam bekerja pasien pukul 07.00-14.00 WIB dari senin - sabtu) pasien bertempat tinggal di jalan Bojong Slawi. Sumber data diperoleh dari pasien, rekam medik dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien Tn. A berusia 34 tahun datang ke IGD di rumah sakit swasta pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 08.10 WIB dengan menggunakan bed. Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas, keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. hasil pengukuran TTV TD: 140/90mmHg, N: 110 x/menit, RR: 25x/menit, S: 36,8°C pasien mengeluh nyeri di tangan kiri dengan skala nyeri 8, dengan durasi nyeri 30 menit, terdapat luka lecet pada tangan kiri dan kaki kiri.

Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan memberikan posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan mengkaji skala nyeri. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu pasien diberikan infus RL 500ml/8 jam, obat osrovel 1x1tab (oral), epocaldi 1x1tab (oral), ketorolac 3x30mg (iv), ceftriaxone 2x1gr (iv), tramal

3x100mg (drip) sesuai dengan program medis. Pasien sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil: Batang: 0%* (3-5%), segmen: 37%* (50-70%), limfosit: 54%* (25-40%), leukosit: 9.200/ul (5.000-10.000/ul) , hemoglobin:15,4 g/dL (14-18 g/dL). Pemeriksaan hasil rontgen dengan hasil fraktur dengan displaced pada middle os klavikula.

Pasien tiba di ruang A pukul 12.58 WIB dilakukan pengkajian ulang dengan hasil TTV TD: 138/70mmHg, N: 97 x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,5°C. Pasien mengeluh mengeluh nyeri di tangan kiri dengan skala nyeri 8, dengan durasi nyeri 30 menit, pasien terpasang sling pada tangan kiri. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Evaluasi secara umum kesadaran composmentis, kesadaran umum: sakit sedang, TTV: TD: 138/70mmHg, N: 97 x/menit, RR: 21x/menit, S: 36,5°C. Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Riwayat Keperawatan

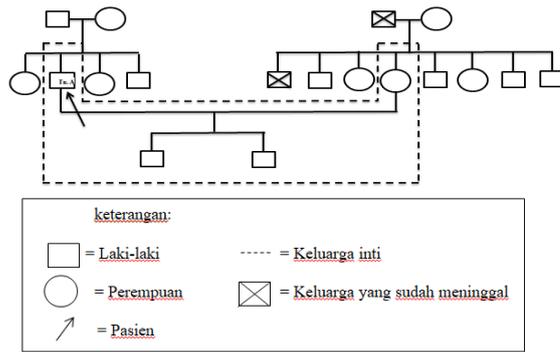
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan keluhan utama saat ini adalah nyeri sekitar bahu kiri, bahu tidak dapat di gerakkan, skala nyeri 8, nyeri seperti ditusuk-tusuk, faktor pencetus nyeri karena terjadi kecelakaan lalu lintas dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 30 menit. Upaya mengatasinya dengan ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, pasien tidak memiliki riwayat alergi, dan pasien mengatakan tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya.

c. Riwayat kesehatan keluarga



- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Tn. A (34 tahun) adalah seorang kepala rumah tangga, pasien memiliki 2 orang anak yang terdiri dari 2 laki-laki. Pasien mengatakan tidak ada di dalam anggota ada yang menjadi faktor resiko terjadinya penyakit.

- e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1) Pasien mengatakan orang yang dekat dengan pasien adalah istri dan kedua anak pasien yang saat ini tinggal bersama pasien.
- 2) Interaksi dengan keluarga yaitu pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarga terbuka, pembuat keputusan adalah pasien merundingkan dengan keluarga. Pasien mengatakan aktif mengikuti kegiatan kemasyarakatan di lingkungannya.
- 3) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu pasien mengatakan keluarga menjadi khawatir terhadap penyakit yang sedang di derita pasien.
- 4) Masalah yang mempengaruhi pasien
Pasien mengatakan saat ini pasien memikirkan pekerjaannya yang harus terhambat karena sakit yang sedang diderita oleh pasien dan penyakit yang sedang di derita sangat menghambat aktivitas pasien.
- 5) Mekanisme koping terhadap stress.
Pasien mengatakan jika sedang stress mekanisme kopingnya adalah konsultasi dengan orang lain dan segera memecahkan masalahnya.

6) Persepsi pasien terhadap penyakitnya.

Pasien mengatakan hal yang saat ini dipikirkan adalah mengenai penyakitnya, pasien berharap setelah menjalani perawatan pasien dapat kembali sehat dan dapat segera berkerja serta dapat segera melakukan aktivitas.

f. Pola Kebiasaan Pasien

1) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makannya 3x/hari, nafsu makan baik mual muntah tidak ada, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai. Pasien tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan di rumah. Tidak ada makanan diet sebelumnya, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit.

Selama di rumah sakit pasien makan 3x sehari, pasien menghabiskan hanya $\frac{3}{4}$ porsi makan, pasien mengatakan merasa perutnya tidak enak saat makan dan sedikit mual, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan. Pasien tidak ada mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan. Diit pasien 1700 Kkal. Pasien tidak menggunakan alat bantu makan. Pasien memiliki berat badan 55kg, tinggi badan 168cm dan IMT pasien 19,48 kg/m².

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum dirawat frekuensi BAK 7 x/hari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan BAB 3 x/hari, waktu tidak menentu, warna BAB coklat dan bau khas, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laxatif.

Saat pengkajian, pasien mengatakan BAK lebih dari 3x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAK saat ini.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 2x/hari saat pagi dan sore. Sikat gigi 2x/hari waktunya pagi dan sore, pasien mencuci rambut 7x/minggu.

Sejak sakit, pasien mengatakan mandi hanya 1x/hari dan mandi sendiri karena pasien masih bisa aktivitas sendiri. Sikat gigi 2x/hari pagi dan sore, pada saat pengkajian pasien tidak mencuci rambut sejak dirumah sakit.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Tidur siang sebelum sakit, pasien mengatakan tidur siang 1 jam. Tidur malam 5-6 jam, pola kebiasaan sebelum tidur memainkan handphone. Sejak sakit, pasien mengatakan lebih banyak tidur saat berada di RS, pasien tidur tidak tentu. Pada malam hari pasien tidur tidak menentu juga. Sebelum tidur seperti biasa pasien memainkan *handphone*.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidak berolahraga. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Setelah sakit, pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan apapun selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan nyeri.

6) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan sebelum di rumah sakit pasien mengkonsumsi rokok setiap hari dan pasien merokok 5 batang dalam sehari. Pasien mengatakan tidak menggunakan napza.

7) Sistem Nilai Kepercayaan.

Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan dan kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu secara teratur dan membaca Al-Quran.

8) Kondisi Lingkungan Rumah.

Pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah baik jauh dari jalan raya, didepan rumah ada selokan keadaan bersih tidak ada sampah yang menumpuk, ventilasi dalam rumah cukup dan cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah.

g. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan sebelum sakit adalah 55 kg berat badan saat ini 55 kg tidak terjadi penurunan berat badan selama di rawat di Rumah Sakit, tinggi badan 168cm, IMT pasien 19,48 kg/m². Keadaan umum pasien sakit sedang.

2) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata pada pasien normal, pergerakan bola mata pasien normal, konjungtiva ananemis, kornea kanan dan kiri pasien normal, sklera kedua mata pasien tampak anikterik, pupil isokor (reaksi terhadap cahaya kanan +2 mata kiri +2), tidak ada kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi penglihatan mata kanan kiri normal dan tidak ada tanda-tanda radang. Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun lensa kontak.

3) Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien normal, karakteristik serumen pasien kuning, cair, khas, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh di telinga, tinitus tidak ada, fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien, dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Sistem Wicara

Sistem wicara pasien normal.

5) Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 21x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman jalan nafas tampak dalam, tidak ada batuk dan tidak ada sputum, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran paru kanan dan kiri sama besar, suara nafas terdengar vesikular, pasien mengatakan saat bernafas tidak mengeluh nyeri dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

6) Sistem Kardiovaskuler

Nadi 97x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 138/70mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, kulit teraba hangat, warna kulit pasien pucat, suhu 36,5 °C, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema, kecepatan denyut apical 97x/menit, irama terdengar tetatur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan pasien tidak mengeluh sakit dada.

7) Sistem Hematologi

Gangguan hematologi: pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan pada pasien.

8) Sistem Saraf Pusat

Pasien tidak ada mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran composmetis dengan nilai GCS (E4M6V5). Tidak ada peningkatan TIK, tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologi pasien normal, dan reflex patologis tidak ada.

9) Sistem Pencernaan

Terdapat gigi yang caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak bersih, mukosa bibir tampak lembab, pengeluaran saliva normal. Mual tidak ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan tidak ada nyeri. Bising usus 20x/menit, tidak ada diare, hepar teraba.

10) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan nafas tidak bau keton. Pasien tidak mengalami poliuria, polidipsi, polifagi dan tidak ada luka gangren.

11) Sistem Urogenital

Pasien mengatakan minum 1,6 liter. Balance cairan : intake: infus 1900ml, oral 1600ml, total 3000ml. output: urine 2200ml, IWL 550ml, total 2750ml. Balance cairan: 3000ml-2750ml= +250/24jam. Pasien tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

12) Sistem Integumen

Turgor kulit elastis, tidak terdapat luka bekas garukan, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit pasien tampak pucat, keadaan kulit tidak terdapat insisi operasi, tidak ada elaiian kulit, tidak ada tanda-tanda peblitis pada daerah pemasangan infus, keadaan rambut baik dan rambut tampak bersih.

13) Sistem Musculoskeletal

Pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam bergerak di clavicula sinistra, pasien mengeluh sakit pada tulang clavicula sinistra. Pasien terdapat fraktur pada bagian clavicula sinistra. Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 1 kanan 5, ekstremitas bawah kiri 5, kanan 5.

1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

h. Data Tambahan

Pasien mengatakan memahami tentang penyakit fraktur yang pasien alami. Pasien mengatakan fraktur yang pasien alami diakibatkan kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan kan bahu kirinya jatuh lebih dulu ke aspal dan terjadi patah pada bahu kiri pasien.

i. Data Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium tanggal 04 Mei 2021 pukul 11:27 WIB

batang: 0* (3-5%), segmen: 37* (50-70%), limfosit: 54* (25-40%), leukosit: 9.200/ul (5.000-10.000/ul), hemoglobin: 15 mg/dl (14-18mg/dl).

2) Pemeriksaan hasil rontgen tanggal 04 Mei 2021 pukul 08:34 WIB

kesan: fraktur dengan displaced pada middle os klavikula.

3) Hasil lab foto clavícula sinistra tanggal 05 Mei 2021 pukul 13:02 WIB

Kondisi post-op, terpasang ORIF dengan baik, pada area 1/3 tengah-distal os clavícula sinistra.

j. Penatalaksanaan Medis

Ostovel 1x1 tab (oral), epcaldi 1x1tab (oral), ketorolac 3x30mg (IV), ceftriaxone 2X1gram (IV), omeprazole 1X40mg (IV), tramal 3x100mg (drip).

k. Data Fokus Pre Operasi

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 M: 6 V:5, tanda-tanda vital: frekuensi nadi 97 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD 138/70mmHg, frekuensi nafas: 21x/menit, suhu: 36,5°C.

1) Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif: pasien mengatakan minum 1,6 liter, pasien mengatakan BAK lebih dari 3x /hari.

Data objektif: balance cairan: intake: intake: infus 1900ml, oral 1600ml, total 3000ml. output: urine 2200ml, IWL 550ml, total 2750ml. Balance cairan: 3000ml-2750ml= +250/24jam. Pasien tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

2) Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan hanya menghabiskan 3/4 porsi makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai.

Tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan di rumah.

Data objektif: pasien tampak hanya menghabiskan 3/4 porsi makan, berat badan pasien 55kg dan tinggi badan 168cm dan IMT pasien $19,48\text{kg}/\text{m}^2$, bising usus 20x/menit.

3) Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi

Data subjektif: pasien mengatakan BAK lebih dari 3x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAK saat ini.

Data objektif: pasien tidak tampak terdapat distensi kandung kemih dan abdomen.

4) Kebutuhan Rasa Aman

Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam, pasien mengatakan terdapat nyeri pada bahu kiri.

Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas, dan rasa sakit pada bahu kiri pasien, suhu pasien $36,5^{\circ}\text{C}$.

5) Kebutuhan Rasa Nyaman

Data subjektif: pasien mengatakan P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: nyeri terus menerus, factor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, TD: 138/70mmHg, N: 97x/menit, terpasang sling pada tangan kiri, hasil pemeriksaan hasil rontgen: kesan: fraktur dengan displaced pada middle os klavikula.

6) Kebutuhan Aktivitas

Data subjektif: pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan apapun selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan nyeri.

Data objektif: pasien tampak kesulitan beraktivitas, nyeri saat beraktivitas.

Data Fokus Post Operasi

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4
V: 5 M:6, tanda-tanda vital: Frekuensi nadi 94 x/menit, irama teratur
dan teraba kuat. TD 135/80mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu:
36,2°C.

1) Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif: pasien mengatakan minum 1,6 liter, pasien
mengatakan BAK lebih dari 3x /hari.

Data objektif: balance cairan: intake: intake: infus 1900ml, oral
1600ml, total 3000ml. output: urine 2200ml, IWL 550ml, total
2750ml. Balance cairan: 3000ml-2750ml= +250/24jam. Pasien
tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih,
tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit
pinggang.

2) Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan hanya menghabiskan 3/4 porsi
makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai.
Pasien Tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada
makanan pantangan di rumah.

Data objektif: pasien tampak hanya menghabiskan 3/4 porsi makan,
berat badan pasien 55kg dan tinggi badan 168cm dan IMT pasien
19,48kg/m², Diit pasien 1700 kkal, bising usus 19x/menit.

3) Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi

Data subjektif: pasien mengatakan BAK lebih dari 3x/hari, warna
BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak
menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum
BAK saat ini.

Data objektif: pasien tidak tampak terdapat distensi kandung kemih
dan abdomen.

4) Kebutuhan Rasa Aman

Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam.

Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas, tampak perubahan fungsi dan rasa sakit pada tubuh pasien, suhu pasien 36,2°C.

5) Kebutuhan Rasa Nyaman

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri disekitar bahu kiri dengan skala nyeri 6, faktor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya, waktunya kurang lebih 3 menit.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak kesakitan pada bagian bahu kiri, TD: 135/80mmHg, N: 94x/menit, terpasang sling pada tangan kiri, hasil lab foto clavícula sinistra, Kondisi post-op, terpasang ORIF dengan baik, pada area 1/3 tengah-distal os clavícula sinistra.

6) Kebutuhan Aktivitas

Data subjektif: pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan apapun selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan nyeri.

Data objektif: pasien tampak kesulitan beraktivitas, nyeri saat beraktivitas.

L. Analisa Data

Pre operasi

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif: Pasien mengatakan: P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: nyeri terus menerus, faktor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya, Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, TD: 138/70mmHg, N:	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis

	97x/menit, terpasang sling pada tangan kiri.		
2.	Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam, pasien mengatakan terdapat nyeri pada bahu kiri. Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas, dan rasa sakit pada bahu kiri pasien, suhu pasien 36,5°C.	Risiko Infeksi	Peningkatan Paparan Organisme Patogen Lingkungan

Tabel 3.2 Analisa Data

Post operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif: pasien mengatakan P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya. Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak kesakitan pada bagian bahu kiri, TD: 135/80mmHg, N: 94x/menit, terpasang sling pada tangan kiri.	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)
2.	Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam, pasien mengatakan terdapat nyeri. Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas, dan rasa sakit pada bahu	Risiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif

<p>kiri pasien, suhu pasien 36,2°C. Leukosit: 9200/ul, Hasil lab foto clavícula sinistra, kondisi post-op, terpasang ORIF dengan baik, pada area 1/3 tengah-distal os clavícula sinistra.</p>		
---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

C. Rencana, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan

Pre operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Data subjektif: pasien mengatakan P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: nyeri terus menerus, factor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, TD: 138/70mmHg, N: 97x/menit, terpasang sling pada tangan kiri.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil: skala nyeri berkurang, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, tekanan darah dalam batas normal (sistol <120 dan diastole <80 mmHg), Nadi tetap dalam batas normal (60-100 x/menit), nyeri pasien hilang dengan skala 0 dan wajah tampak rileks.

Rencana tindakan:

- a. Kaji TTV (TD, N)
- b. Kaji tingkat nyeri
- c. Berikan posisi nyaman (semi fowler)
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri

Pelaksanaan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 14.00 perawat mengukur TTV dengan hasil TD: 134/90mmHg, N: 95x/menit, RR: 22x/menit. **Pada pukul 14.15** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: hilang timbul. Perawat menganjurkan untuk memberikan pasien posisi semi fowler. **Pada pukul 16.05** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat, pasien tampak belum bisa rileks dan nyaman). dan perawat memberitahu pasien akan puasa 6 jam mulai pukul 12:00 untuk dilakukan tindakan operasi. **Pada pukul 18.00** mengantarkan pasien ke ruang operasi.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 04 Mei 2021 pada pukul 18:00 WIB

Subjektif: P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: hilang timbul.

Objektif: TD: 134/90mmHg, N: 95x/menit, RR: 22x/menit, pasien tampak meringis saat nyeri di bahu kiri timbul, pasien tampak belum bisa rileks dan nyaman saat diberikan posisi semi fowler dan diajarkan relaksasi nafas dalam.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutan semua intervensi 1, 2, 3, 4

2. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam, pasien mengatakan terdapat nyeri.

Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas dan rasa sakit pada bahu kiri pasien, suhu pasien 36,5°C.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil: demam tidak ada, kemerahan tidak ada, nyeri tidak ada, bengkak tidak ada pada bahu kiri pasien.

Rencana tindakan:

- a. monitor tanda dan gejala infeksi
- b. monitor tanda-tanda vital
- c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Pelaksanaan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 14.00 perawat mengukur TTV dengan hasil suhu: 36,5°C .

pada pukul 14.15 mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil terdapat nyeri pada bahu kiri, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, ada kemerahan pada bahu kiri pasien. **Pada pukul 14.30** Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Evaluasi keperawatan

Tanggal 04 Mei 2021 pada pukul 18:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan terdapat nyeri pada bahu kiri, tidak ada rasa panas.

Objektif: pasien tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada pada bahu kiri pasien, suhu dalam batas normal 36,5°C

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan intervensi nomor 1

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Data subjektif: pasien mengatakan P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 8, T: nyeri terus menerus, faktor pencetus nyeri timbul ketika pasien menggerakkan bahu kirinya.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, TD: 135/80mmHg, N: 94x/menit, terpasang sling pada tangan kiri.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil: skala nyeri berkurang, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, tekanan darah dalam batas normal (sistol <120 dan diastole <80 mmHg), Nadi tetap dalam batas normal (60-100 x/menit), nyeri pasien hilang dengan skala 0 dan wajah tampak rileks.

Rencana tindakan:

- a. Kaji TTV (TD, N)/shift
- b. Kaji tingkat nyeri/shift
- c. Berikan posisi nyaman (semi fowler)
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri
- e. Berikan terapi obat berupa ketorolac 3x30 mg melalui iv, tramal 3x100 mg melalui drip.

Pelaksanaan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 22.30 menerima pasien dari ok, dengan post clavikula sinistra. **pada pukul 23.00** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri di bahu kiri dengan skala nyeri 7, mengkaji TTV dengan hasil TD: 132/90mmHg, N:96x/menit. **Pada pukul 03.10** mengecek keadaan pasien dengan hasil kesadaran compos mentis, nadi kuat dan akral teraba hangat. **Pada pukul 05.00** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan, dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 05 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri disekitar bahu kiri, skala nyeri 7.

Objektif: kesadaran compos mentis, nadi kuat dan akral teraba hangat,
TD: 132/90mmHg, N:96x/menit

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 08:00 mengukur TTV dengan hasil TD: 130/70mmHg, N: 93x/menit. **Pada pukul 08.15** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 5, T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu kiri timbul). Perawat menganjurkan posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam, dan istirahat (pasien melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 12.30** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar.

Pada pukul 14.30 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 128/80 mmHg, N: 90x/menit. **Pada pukul 14.40** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 4, T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu timbul). Perawat menganjurkan posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam, dan istirahat (pasien melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 16.45** pasien melakukan manajemen nyeri dengan hasil pasien dapat mengatasi nyerinya. **Pada pukul 20.15** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 22.00**

perawat mengukur TTV dengan hasil TD: 120/80mmHg, N: 89x/menit. **Pada pukul 22.05** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 4, T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu timbul). Perawat menganjurkan posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam, dan istirahat (pasien melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 01.25** perawat melakukan manajemen nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien tampak kooperatif dan mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 05.15** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 06 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 4, T: nyeri hilang timbul.

Objektif: TD: 120/80mmHg, N: 89x/menit, pasien tampak meringis saat nyeri di bahu kiri timbul, pasien tampak rileks dan nyaman saat diberikan posisi semi fowler dan diajarkan relaksasi nafas dalam, pasien dapat mengatasi nyerinya.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 06 Mei 2021

Pada pukul 10.13 perawat mengukur TTV dengan hasil TD: 110/80mmHg N: 85x/menit. **Pada pukul 10.15** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 3, T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu timbul). Perawat menganjurkan posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam, dan istirahat (pasien melakukan anjuran perawat,

pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 12.35** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 18.30** mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 3, T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu timbul). Perawat menganjurkan posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam, dan istirahat (pasien melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 18.35** perawat mengukur TTV dengan hasil TD: 120/73mmHg N: 80x/menit. **Pada pukul 21.15** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 02.08** perawat mengukur TTV dengan hasil TD: 120/80mmHg N: 85x/menit, mengkaji mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 2 , T: nyeri hilang timbul, factor pencetus nyeri setiap pasien menggerakkan bahu kirinya (pasien tampak meringis saat nyeri di bahu timbul). **Pada pukul 04.15** perawat mengobservasi keadaan pasien (pasien tampak tidur, tenang, tetesan infus pasien lancar). **pukul 05.05** perawat memberikan obat ketorolac 30 mg melalui iv dan obat tramal 100 mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil di berikan dan aliran infus lancar

Evaluasi keperawatan

Tanggal 07 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 2, T: nyeri hilang timbul

Objektif: TD: 120/80mmHg N: 85x/menit, pasien tampak rileks dan tenang.

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam.

Data objektif: tidak tampak pembengkakan, kemerahan, panas, dan rasa sakit pada bahu kiri pasien, suhu pasien 36,2°C

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil: demam tidak ada, kemerahan tidak ada, nyeri tidak ada, bengkak tidak ada, perubahan fungsi tidak ada.

Rencana tindakan:

- a. monitor tanda dan gejala infeksi
- b. monitor tanda-tanda vital
- c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e. berikan terapi obat ceftriaxone 2x1gr secara iv

Pelaksanaan tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 22.30 menerima pasien dari ok, dengan post clavikula sinistra. **pada pukul 01.30** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil terdapat nyeri pada bahu kiri, tidak ada rasa panas, tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien **pada pukul 05.00** perawat memberikan obat ceftriaxone 1gr secara iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil dimasukkan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Evaluasi keperawatan

Tanggal 05 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan terdapat nyeri.

Objektif: luka pasien tampak tidak ada kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu dalam batas normal.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : lanjutkan intervensi.

Pelaksanaan tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengukur TTV dengan hasil S: 36°C. **Pada pukul 10.56** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil pasien mengatakan terdapat nyeri, luka pasien tampak tidak ada kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu 36°C. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien **Pada pukul 12.30** perawat memberikan obat ceftriaxone 1gr secara iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil dimasukkan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien **Pada pukul 14.30** menjelaskan tanda dan gejala infeksi (pasien dapat menyebutkan 4 dari 5 anda dan gejala infeksi). **Pada pukul 16.45** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu 36,8°C. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 20.15** perawat memberikan obat ceftriaxone 1gr secara iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil dimasukkan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Evaluasi keperawatan

Tanggal 06 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan terdapat nyeri.

Objektif: tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu dalam batas normal 36,8°C.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan intervensi.

Pelaksanaan tanggal 06 Mei 2021

Pada pukul 10.13 mengukur TTV dengan hasil S: 36,2°C. **Pada pukul 10.56** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil pasien mengatakan tidak nyeri, luka pasien tampak tidak ada kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu 36,2°C. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 12.35** perawat memberikan obat ceftriaxone 1gr secara iv sesuai dengan

program medis dengan hasil obat berhasil dimasukkan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 18.35** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil pasien mengatakan tidak nyeri, tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu 36,5°C. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 21.15** perawat memberikan obat ceftriaxone 1gr secara iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil dimasukkan. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 02.08** mengkaji tanda-tanda infeksi pasien dengan hasil pasien mengatakan tidak nyeri, tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu 36,1°C. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. **Pada pukul 04.15** perawat mengobservasi keadaan pasien (pasien tampak tidur, tenang, tetesan infus pasien lancar).

Evaluasi keperawatan

Tanggal 07 Mei 2021 pada pukul 06:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak terdapat nyeri.

Objektif: tampak kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu dalam batas normal 36,1°C.

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis terhadap Tn. A Dengan Close Fraktur Clavicula Sinistra Di Ruang A Rumah Swasta Cikarang. Setelah penulis membaca beberapa literatur dan membandingkan dengan kasus yang ditemukan di rumah sakit, penulis melihat adanya kesenjangan dan kesesuaian antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

A. Pengkajian Keperawatan

Ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus untuk tanda dan gejala yaitu:

Menurut Doenges, Marilyn (2012) pada sirkulasi ditemukan tanda dan gejala pada pasien fraktur yaitu takikardi berupa hipovolemia, hipovolemia terjadi ketika jumlah darah dan cairan di dalam tubuh pasien berkurang secara drastis. Kondisi tersebut menyebabkan jumlah oksigen dalam tubuh pasien berkurang dan membuat fungsi organ pasien terganggu. Namun hal ini pada kasus tidak ditemukan data pasien mengalami perdarahan pada pasien, dikarenakan fraktur tertutup.

Tanda dan gejala berikutnya pada neurosensori yaitu, kebas atau kesemutan, Kebas dapat dialami sebelum dilakukan tindakan operasi. Misalnya pada keadaan patah tulang atau fraktur, dapat juga ditemukan pada gangguan fungsi saraf akibat cedera tersebut. Namun hal tersebut tidak ditemukan pada pasien dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak merasakan kebas ataupun kesemutan yang dirasakan pada saat sebelum maupun sesudah dilakukan tindakan operasi.

Tanda dan gejala pada keamanan yaitu perdarahan. Perdarahan terjadi akibat kecelakaan yang dialami oleh pasien. Namun hal tersebut tidak ditemukan dari data pasien, dikarenakan pasien tidak mengalami perdarahan maupun tidak terdapat bengkak pada area luka pasien, dikarenakan pasien dengan close fraktur clavicula.

pada data pengkajian bagian penyuluhan atau pembelajaran didapatkan tanda dan gejala berupa drg menunjukkan rerata lama dirawat: femur 7,8 hari; panggul/pelvis, 6,7 hari; lain-lainnya, 4,4 hari bila memerlukan

perawatan di rumah sakit. Namun, dari lama perawatan dirumah sakit, pasien dirawat selama 4 hari sejak tanggal 4 sampai 7 mei 2021.

Menurut Brunner (2019) komplikasi yang terjadi pada fraktur berupa sindrom embolisme lemak. Sindrom embolisme lemak terjadi dikarenakan menyumbat pembuluh darah kecil yang menyuplai otak, paru, ginjal, dan organ lain (awitan mendadak, biasanya terjadi dalam 12 sampai 48 jam tetapi dapat terjadi sampai dengan 10 hari setelah cedera terjadi). Namun pada pasien selama 4 hari perawatan tidak ada terjadinya komplikasi sindrom embolisme lemak.

Menurut Doenges, Marilyn (2012), pada pemeriksaan diagnostik didapatkan pemeriksaan berupa rontgen, skan tulang, tomogram, skan CT/MRI, arteriogram, hitung darah lengkap, kreatinin, dan profile koagulasi. Namun pada kasus pemeriksaan diagnostik yang dilakukan yaitu rontgen dengan dibuktikan hasilnya rontgen berupa rontgen pre operasi pada tanggal 04 Mei 2021 dengan hasil fraktur dengan displaced pada middle os klavikula., dan rontgen post operasi pada tanggal 05 mei 2021 dengan hasil kondisi post-op, terpasang ORIF dengan baik, pada area 1/3 tengah-distal os clavicula sinistra.

faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan diantaranya mendapatkan dukungan yang baik dari pembimbing rumah sakit, dan pasien yang sangat kooperatif dan terbuka memberikan informasi berdasarkan keluhan tentang penyakit yang dialami pasien saat ini dan telah bersedia meluangkan waktu untuk melakukan pengkajian.

Pada saat melakukan pengkajian tidak terjadinya faktor penghambat karena pasien yang dikelola sangat kooperatif, perawat ruangan membantu dalam memberikan data-data terkait keluhan pasien, dan pendokumentasian di ruang perawatan tersusun rapih dan lengkap dalam rekam medis sehingga dapat memudahkan penulis dalam mengumpulkan data-data terkait pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam teori menurut Doenges, Marilyn (2012), namun tidak terdapat dalam kasus antara lain:

1. Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan cedera tusuk; fraktur terbuka, bedah perbaikan; pemasangan traksi pen, kawat, sekrup, imobilisasi fisik. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus tidak ditemukan tanda-tanda yang dialami pasien berupa keluhan gatal, serta kebas. Hal ini dikarenakan pada

saat pengkajian pasien mengatakan tidak merasakan gatal serta kebas pada area luka operasi baik sebelum maupun sesudah tindakan operasi.

2. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pada saat pengkajian pasien mengatakan pasien sangat mengetahui penyebab dan tanda gejala dari penyakit yang sedang pasien alami, dikarenakan pasien sudah mencari tahu tentang penyakitnya melalui website yang dibaca.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah adanya sumber pustaka atau literatur referensi, sehingga penulis dapat menggunakan referensi untuk menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan referensi yang sudah ada, serta pasien yang sangat kooperatif dan terbuka memberikan informasi berdasarkan keluhan tentang penyakit yang dialami pasien saat ini, data-data pasien dapat mendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak didapatkannya faktor penghambat, dikarenakan adanya sumber pustaka atau referensi yang dapat dijadikan pedoman oleh penulis dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan

Penulis menetapkan diagnosa prioritas pada kasus adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sebagai prioritas utama pada kasus. Hal tersebut dikarenakan penulis mengacu pada hirarki maslow yaitu kebutuhan rasa nyaman berdasarkan hasil data penunjang.

Pada tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana menurut teori dalam penyusunan untuk mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki batasan waktu. Sedangkan pada kasus penulis menetapkan waktu selama 3x24 jam untuk mencapai tujuan dari setiap intervensi pada diagnosa yang sudah ditegakkan oleh penulis.

Berikut ini merupakan rencana keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori Doenges, Marilyn (2012), yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Di dalam teori terdapat tinggikan dan dukung ekstremitas yang terkena, hindari penggunaan spre/bantal plastik dibawah ekstremitas dalam gips, lakukan kompres dingin/es 24-48 jam pertama sesuai keperluan. Tindakan ini tidak direncanakan karena pasien tidak menggunakan spre atau bantai dari plastik, serta pasien tidak dilakukan kompres dingin disebabkan tidak adanya edema pada pasien.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Di dalam teori terdapat kaji sisi pen/kulit perhatikan keluhan peningkatan nyeri/rasa terbakar atau adanya edema, eritema, drainase/ bau tak enak, berikan perawatan pen/kawat steril sesuai protokol dan latihan mencuci tangan. Tindakan tersebut tidak direncanakan karena pasien mengatakan tidak ada rasa terbakar dan tidak tampak edema di sekitar luka, serta pasien tidak dapat menggerakkan tangan untuk melakukan latihan mencuci tangan.

Faktor pendukung yaitu pada saat membuat perencanaan keperawatan pasien kooperatif dalam memberikan informasi terkait pasien, data-data mendukung dalam membuat perencanaan dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis.

Tidak ada faktor penghambat dalam membuat perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien, baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dilaksanakan tanggal 04 sampai 06 Mei 2021.

Faktor pendukung yaitu pelaksanaan keperawatan dilakukan berjalan dengan baik dikarenakan pasien sangat kooperatif. Pelaksanaan berjalan dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah keterbatasan waktu sehingga penulis tidak bisa melaksanakan selama 24jam, dikarenakan penulis bekerja secara shift. Solusinya yaitu penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melaksanakan perencanaan keperawatan yang sudah disusun dan mendokumentasikannya, sehingga penulis dapat melihat dan mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruang shift siang dan malam.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah pasien teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan P: nyeri di bahu kiri, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: bahu bagian kiri, S: skala 2, T: nyeri hilang timbul, TD:

120/80mmHg N: 85x/menit, pasien tampak rileks dan tenang. Hetikan semua intervensi, pasien pulang.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah pasien teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan tidak terdapat nyeri, kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada, suhu dalam batas normal 36,1°C. Hetikan semua intervensi, pasien pulang.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap terbuka dan kooperatif dari pasien kepada penulis serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Faktor penghambat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah adanya keterbatasan waktu sehingga penulis tidak bisa melaksanakan selama 24jam, dikarenakan penulis bekerja secara shift. Solusinya yaitu penulis mendelegasikannya kepada perawat ruangan, sehingga penulis dapat melihat dan mencatat evaluasi keseluruhan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Fraktur atau patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Trauma yang disebabkan oleh tulang yang patah dapat berupa trauma langsung, misalnya terdapat benturan pada lengan bawah yang dapat menyebabkan patah tulang radius dan ulna, dan dapat juga berupa trauma tidak langsung, misalnya jatuh bertumpu pada tangan yang dapat menyebabkan tulang clavícula atau radius distal patah atau fraktur. Fraktur dapat terjadi karena beberapa faktor, yaitu: tumor tulang, konsumsi obat yang mengganggu penilaian atau mobilitas, sehingga menyebabkan terjatuh atau cedera, kecelakaan kendaraan bermotor, dan olahraga, obat-obatan (seperti kortikosteroid) yang menyebabkan osteoporosis iatrogenik, penyakit metabolik.

Diagnosa keperawatan prioritas yang muncul pada pasien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosa tersebut diangkat menjadi prioritas karena pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri dengan skala 8 dimana dengan skala tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri berat dan nyeri tersebut harus ditangani segera.

Rencana yang perlu diperhatikan pada pasien dengan fraktur clavícula, yaitu, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), observasi tingkat nyeri, berikan posisi yang nyaman untuk pasien, dan ajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri.

Pelaksanaan perawat yang perlu ditekankan pada pasien dengan fraktur clavícula yaitu mengobservasi tingkat nyeri yang dialami oleh pasien. Tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), mengobservasi tingkat nyeri, memberikan posisi yang nyaman

untuk pasien (semi fowler), dan mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri.

Evaluasi dilakukan pada akhir dari proses implementasi. Evaluasi didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan selama implementasi berlangsung. Evaluasi yang perlu ditekankan yaitu mengobservasi tingkat nyeri yang dialami oleh pasien.

B. Saran

Pada dasarnya saran yang ingin penulis sampaikan yaitu untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan close fraktur clavícula sinistra. Adapun pemberian saran ditujukan kepada:

1. Institusi pendidikan.

Diharapkan selama proses penyusunan dan bimbingan karya tulis ilmiah waktu yang diberikan cukup bagi penulis, agar penulis mengerjakan karya tulis ilmiah ini dengan maksimal sehingga hasilnya pun dapat maksimal dan memuaskan. Waktu yang cukup juga dapat membuat penulis memahami penuh mengenai kasus dan teori yang dikelola.

2. Penulis

Penulis seharusnya memiliki materi yang cukup terkait keperawatan medikal bedah agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta diharapkan dapat memperbanyak mencari literatur serta referensi buku terbaru yang berkaitan dengan asuhan keperawatan medikal bedah pada sistem muskuloskeletal khususnya penyakit fraktur clavícula, sehingga dapat mempermudah penulis dalam memahami tentang kasus kelolaan pada pasien dengan fraktur clavícula

3. Perawat

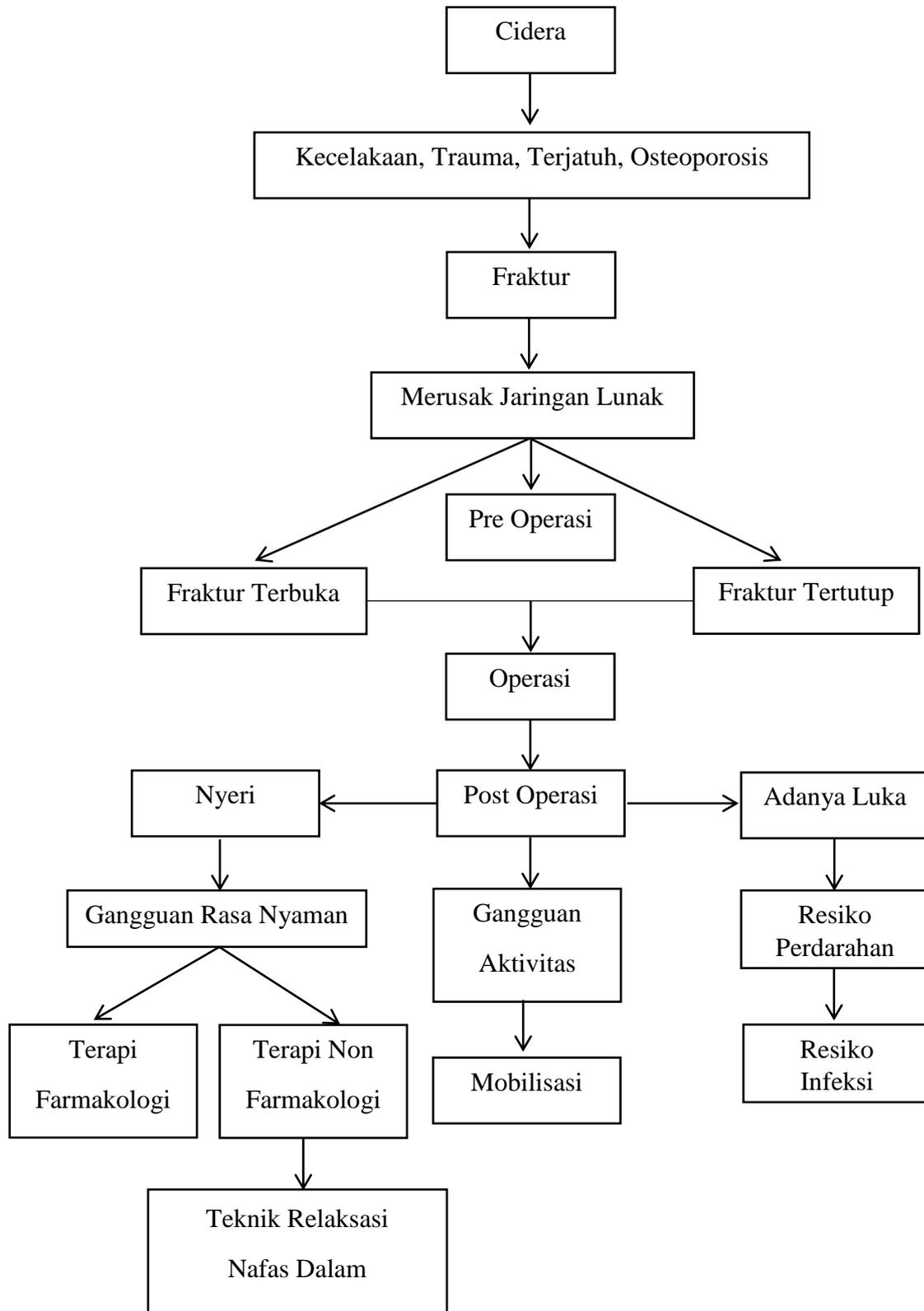
Diharapkan bagi tenaga kesehatan mendokumentasikan hasil tindakan yang sudah dilakukan dengan tulisan yang dapat dipahami

oleh tenaga kesehatan lain agar tidak terjadi kesalahan dalam membaca hasil tindakan yang sudah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Apley, A. . & S. L. (2017). No Title. In *System of Orthopaedics and Trauma: Principles of Fractures. 10th Ed* (p. 711).
- Asikin, et all. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. erlangga. <http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/1619/5/BAB I.pdf>
- asmadi. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Brunner, & S. (2019). *keperawatan medikal bedah brunner & suddarth, ed 12* (12th ed.). EGC.
- Doenges, Marilyn, E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC.
- Helmi, Z. . (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. salemba medika.
- muttaqin, A. (2012). *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktek Klinik Keperawatan*. EGC.
- R, sjamsuhidajat & de jong wim. (2011). *buku ajar ilmu bedah*. EGC.
<http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/1619/5/BAB I.pdf>
- Saputra, L. (2014). *Organ System: Visual Nursing, Muskuloskeletal*. Binarupa Aksara.
- sulistiyaningsih. (2016). *Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Ekstremitas Bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta [universitas diponegoro]*.
http://eprints.undip.ac.id/51143/1/SKRIPSI_SULISTIYANINGSIH_BAB_II I.pdf
- Wijaya, M. millah. (2016). *Persepsi Pasien Fraktur Tentang Pengobatan Alternatif di Cimande Ciputat Tangerang [universitas islam negeri syarif hidayahtullah]*.
<https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/37368/1/MIFTAH UL MILLAH WIJAYA - FKIK.pdf>
- Wrong, D. (2011). *Prevelence and Incidence Statistic for Fractures*. www.wrongdiagnosiswho.com

LAMPIRAN



Sumber: Aplikasi diagnosis keperawatan Nanda NIC NOC, 2015