

DIAGNOSIS DAN TINDAKAN KEPERAWATAN

**PADA KASUS ORTHOPEDI
DAN TRAUMATOLOGI**
BERBASIS NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION



OLEH :
Ns. Nikmatur Rohmah, S.Kep., M.Kes.

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)
Nikmatur Rohmah

Diagnosis Dan Tindakan Keperawatan
Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi
Berbasis Nursing Intervention Classification
Jember: LPPM Universitas Muhammadiyah Jember
vii + 212 halaman; A4

ISBN: 978-602-6988-49-2

**Diagnosis Dan Tindakan Keperawatan
Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi
Berbasis Nursing Intervention Classification**

Penulis

Ns. Nikmatur Rohmah, S.Kep., M.Kes.

Desain Sampul

Fildzah Zata Syauqina Izzati

Cetakan Pertama, April 2018

Diterbitkan Oleh:

LPPM Universitas Muhammadiyah Jember

Jalan Karimata 49 Jember

Telp. (0331) 336728

Email: <http://lppm.unmuhjember.ac.id>

Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa ijin tertulis dari Penerbit

DIAGNOSIS DAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KASUS ORTHOPEDI DAN TRAUMATOLOGI
BERBASIS NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION

OLEH

Ns. Nikmatur Rohmah, A.Per.Pen.,S.Kep.,M.Kes.

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jember
April 2014

PRAKATA

Alhamdulillah Robbil Alamin segala puji hanya bagi Allah semata, yang telah melimpahkan HidayahNya hingga penyusunan buku *Diagnosis dan Tindakan Keperawatan pada Kasus Orthopedi dan Traumatologi Berbasis Nursing Intervention Classification* dapat diselesaikan. Buku ini disusun dengan maksud untuk mempermudah mahasiswa mengikuti Mata kuliah Keperawatan Dasar, khususnya pokok bahasan Keperawatan Muskuloskeletal.

Kasus orthopedi dan traumatologi dari waktu ke waktu semakin meningkat, hal ini berkaitan dengan perubahan gaya hidup masyarakat. Gaya hidup ini berkaitan dengan semakin meningkatnya jumlah alat transportasi yang tidak diimbangi dengan ketaatan terhadap tata tertib lalu lintas, dan perbaikan sarana transportasi yang memadai. Sehingga jumlah kecelakaan lalu lintas semakin meningkat dan kasus trauma semakin banyak. Perkembangan kondisi ini seharusnya juga diikuti dengan perkembangan ilmu keperawatan khususnya pada sistem muskuloskeletal. Namun kenyataannya berbagai penelitian yang dilakukan perawat pada kasus ini sangat minim, apalagi publikasi hasil penelitian keperawatannya, khususnya di Indonesia. Oleh karena itu kami terdorong untuk membentuk tim dan menyusun hasil-hasil penelitian ini kedalam satu buku sehingga dapat dimanfaatkan untuk kemajuan keperawatan.

Buku-buku yang ada selama ini masih mendasarkan pada diagnosis medis, belum ada buku keperawatan yang mendasarkan pokok bahasanya pada diagnosis keperawatan dan menitik beratkan pada tindakan keperawatan. Sehingga seringkali buku referensi yang digunakan oleh perawat termasuk juga mahasiswa keperawatan masih berdasarkan diagnosis medis. Berhubungan dengan alasan itu pula maka sangat perlu buku yang menjadi panduan bagi perawat dan mahasiswa keperawatan yang berorientasi pada diagnosis keperawatan dan menekankan pada tindakan keperawatan yang mandiri. Tindakan keperawatan yang komprehensif saat ini berkembang dan seringkali menjadi rujukan adalah *Nursing Intervention Classification*.

Penulisan buku ini bertujuan untuk memberikan kemudahan kepada perawat dan mahasiswa keperawatan untuk memahami asuhan keperawatan yang bisa diberikan kepada klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal. Buku ini terbagi menjadi 7 bab, bab 1 sampai dengan bab 5 berkaitan dengan diagnosis keperawatan dan intervensinya, sedangkan bab 6 dan 7 berkaitan dengan teori dan aplikasi dokumentasi asuhan di unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi. Masing-masing bab terdiri dari pernyataan diagnosis keperawatan, batasan karakteristik mayor,

faktor yang berhubungan, dan dilengkapi juga dengan tinjauan medis. Selain itu diakhir bab diberikan contoh dari beberapa kasus orthopedi dan traumatologi, *pathway* masalah keperawatan, proses keperawatan beserta contoh kasus yang sering terjadi di klinik. Intervensi disusun mengacu pada *Nursing Intervention Classification*. Pada bab terakhir, dibahas dokumentasi asuhan keperawatan pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dilakukan di unit rawat jalan. Dan dilengkapi petunjuk teknis penggunaannya.

Untuk memperdalam pemahaman mahasiswa diharapkan aktif selama proses belajar mengajar dan membaca buku acuan lain berkaitan dengan topik-topik yang dibicarakan. Serta mempelajari kasus real pada saat berinteraksi mengasuh pasien di tatanan klinik maupun komunitas. Kami sangat berharap setelah mempelajari seluruh bab dalam buku ini mahasiswa dapat menerapkan dasar-dasar keperawatan muskuloskeletal dalam asuhan pada kasus orthopedi dan traumatologi menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Buku ini diharapkan sangat berguna bagi perawat bertugas di instansi pendidikan keperawatan, mahasiswa keperawatan baik yang berada di program D III maupun S1 dan para perawat dan bidan praktisi di rumah sakit atau puskesmas yang terlibat langsung dalam pelayanan kepada klien. Selanjutnya kami menyadari tak ada gading yang tak retak, mungkin ada beberapa kekurangan dari buku ini kami mohon masukan yang bersifat membangun. Akhirnya semoga buku ini dapat bermanfaat. Amien.

Jember, 10 April 2014

Ns. Nikmatur Rohmah, S.Kep., M.Kes.

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah segala puji hanya bagi Allah semata, hingga penyusunan buku *Diagnosis dan Tindakan Keperawatan pada Kasus Orthopedi dan Traumatologi Berbasis Nursing Intervention Classification* dapat diselesaikan. Atas terselesaikannya penyusunan buku ajar ini kami mengucapkan terima kasih kepada

1. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan Nasional
2. Rektor Universitas Muhammadiyah Jember
3. Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jember
4. Dekan beserta seluruh jajaran pimpinan di lingkungan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.
5. Kepada Bapak/Ibu penyumbang naskah beberapa contoh kasus di klinik, antara lain: Bapak Ns. M. Shodikin, S.Kep.,M.Kep,Sp.Kep.MB,CWCS., Ibu Dwi Yunita Haryanti, S.Kep., Ibu Ety Nuriana, S.Kep., Ibu Firdaus Tirtasari, S.Kep., Bapak Khoirul Anam, S.Kep., Bapak Rujikan, S.Kep., Ibu Sriani., S.Kep., Ibu Sri Wahyuningsih., S.Kep., Ibu Tinuk Tri Lestari., S.Kep., Bapak Yoga Pambudi., S.Kep.
6. Sejawat Dosen di program studi D III dan S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.
7. Mahasiswa program studi D III dan S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.
8. Suamiku, Bapak Saiful Walid dan anak-anakku (Fildzah, Rafdi, Rifqi, Mumtazi, dan Muazzam) yang telah menjadi motivator terbesar selama penyusunan buku
9. Saudara-saudara dan keluargaku yang selalu memberikan support dan dukungan
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu selama penyusunan buku ini.

Semoga Allah membalas kebaikan yang mereka berikan, yang tidak dapat kami uraikan satu persatu dengan kebaikan yang lebih baik dan lebih utama. Amien.

Mudah-mudahan penyusunan ini merupakan amal sholeh baik bagi dosen dan mahasiswa, maupun masyarakat yang diharapkan dapat memerantarai kita

menjadi hamba Allah yang taqwa. Semoga Allah menjadikan keluarga besar kita *sakinah, mawaddah, warohmah*, dan menjadikan anak-anak kita sholeh sholehah. Amien. Akhir kata semoga buku ini bermanfaat dan menjadi sumber inspirasi bagi perawat Indonesia dan khususnya bagi seluruh civitas akademika Fikes Unmuh Jember. Amien.

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Prakata	ii
Ucapan Terima Kasih	iv
Daftar Isi	vi
BAB I NYERI AKUT	1
A. Pengertian.....	2
B. Batasan Karakteristik.....	3
C. Faktor Yang Memengaruhi	3
D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Nyeri.....	4
1) Fraktur <i>Femur</i>	4
2) <i>Low Back Pain</i>	10
3) Rheumatoid Arthritis.....	24
4) Spondilitis TB.....	29
E. <i>Pathway</i> Nyeri Akut Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	35
F. NIC Nyeri Akut Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	35
G. Contoh Kasus.....	37
H. Daftar Pustaka.....	63
BAB II HAMBATAN MOBILITAS FISIK	65
A. Pengertian.....	66
B. Batasan Karakteristik.....	66
C. Faktor Yang Mempengaruhi.....	66
D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Hambatan Mobilitas Fisik.....	67
1) Fraktur <i>Ante Brachii</i>	67
2) Asuhan Keperawatan.....	72
E. <i>Pathway</i> Hambatan Mobilitas Fisik Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	78
F. NIC Hambatan Mobilitas Fisik Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	79
G. Contoh Kasus.....	80
H. Daftar Pustaka.....	97
BAB III KURANG PENGETAHUAN	98
A. Pengertian.....	99
B. Batasan karakteristik.....	99
C. Faktor yang mempengaruhi.....	99
D. Kasus Orthopedi dan Traumatologi yang berkaitan dengan kurang pengetahuan pada kasus Degloving dan Fraktur.....	100
E. <i>Pathway</i> kurang pengetahuan pada kasus Orthopedi dan Traumatologi.....	108
F. NIC kurang pengetahuan pada kasus Orthopedi dan Traumatologi.....	108

G. Contoh kasus.....	109
H. Daftar pustaka.....	116
BAB IV KETIDAKEFEKTIFAN REGIMEN TERAPEUTIK.....	117
A. Pengertian	118
B. Batasan Karakteristik.....	118
C. Faktor Yang Mempengaruhi	118
D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Ketidakefektifan Regimen Terapeutik Pada Fraktur Kruris.....	119
E. <i>Pathway</i> Ketidakefektifan Regimen Terapeutik Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	123
F. NIC Ketidakefektifan Regimen Terapeutik Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	124
G. Contoh Kasus.....	124
H. Daftar pustaka.....	135
BAB V RISIKO INFEKSI.....	135
A. Pengertian.....	137
B. Batasan Karakteristik.....	137
C. Faktor Yang Mempengaruhi.....	137
D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Risiko Infeksi Pada Spondilitis TB.....	138
E. <i>Pathway</i> Risiko Infeksi Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi..	143
F. NIC Risiko Infeksi Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi.....	143
G. Contoh Kasus.....	145
H. Daftar Pustaka.....	153
BAB VI DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN.....	154
A. Pendahuluan.....	155
B. Pengkajian.....	155
C. Dianosis Keperawatan.....	166
D. Rencana Tindakan Keperawatan.....	172
E. Pelaksanaan.....	177
F. Evaluasi.....	179
BAB VII APLIKASI DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI UNIT RAWAT JALAN ORTHOPEDI DAN TRAUMATOLOGI.....	184
A. Dokumentasi Rawat Jalan.....	185
B. Petunjuk Tehnis Pengisian Format Asuhan Keperawatan	195
C. Petunjuk Teknis Format Diagnosis Keperawatan.....	205
D. Daftar Pustaka.....	206
GLOSSARIUM.....	207
Biodata Penulis	210

BAB I

NYERI AKUT

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang nyeri akut dan khususnya nyeri akut pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan.

Kemampuan kerja:

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada nyeri akut yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian nyeri akut
2. Membedakan batasan karakteristik nyeri akut
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhi nyeri akut
4. Menjelaskan kasus orthopedi dan traumatologi berkaitan dengan nyeri akut
5. Menguraikan pathway nyeri akut berkaitan dengan kasus orthopedi
6. Menjelaskan NIC nyeri akut
7. Melakukan pengkajian nyeri akut dalam asuhan pada klien
8. Menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut dalam asuhan pada klien
9. Menyusun klasifikasi intervensi keperawatan nyeri akut
10. Melaksanakan tindakan keperawatan pada nyeri akut
11. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada nyeri akut

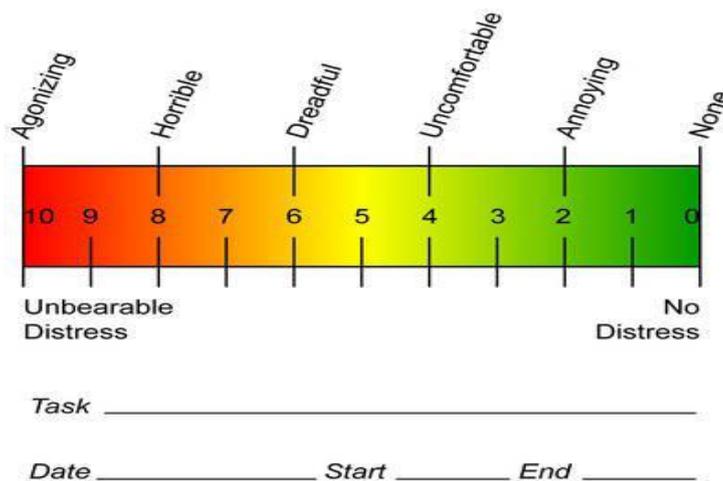
A. Pengertian

Nyeri akut adalah suatu sensori atau pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah sepertiawitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan (Wilkinson, Judith M, 2011).

Nyeri akut adalah suatu keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya ketidaknyamanan berat atau sensasi tak nyaman, berakhir dari satu detik sampai kurang dari enam bulan (Carpenito, 1994).

Nyeri akut dapat digambarkan sebagai sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri merupakan cara tubuh untuk memberitahu kita bahwa terjadi sesuatu yang salah. Lebih lanjut dinyatakan bahwa nyeri bekerja sebagai sistem alarm yang merupakan sinyal yang memberitahukan kita untuk berhenti melakukan sesuatu yang mungkin menyakitkan kita. Nyeri adalah sebuah gejala dan bukan penyakit (Hayati, 2013).

Pengukuran nyeri menggunakan *Pain Scale* dengan jenis *Visual Analog Scale* yang telah diterbitkan WHO tahun 2010 adalah sebagai berikut :



Keterangan skala :

1. *None* berarti tidak ada keluhan nyeri
2. *Annoying* berarti keluhan nyeri yang mengganggu
3. *Uncomfortable* berarti nyeri yang mencemaskan dan tidak nyaman

4. *Dreadful* berarti nyeri yang hebat
5. *Horrible* berarti nyeri yang dahsyat
6. *Agonizing* berarti nyeri yang menyiksa

B. Batasan Karakteristik

Subjektif

- Mengungkapkan secara verbal atau melaporkan (nyeri) dengan isyarat.

Objektif

- Posisi untuk menghindari nyeri.
- Perubahan tonus otot (dengan rentang dari lemas tidak bertenaga sampai kaku).
- Respon autonomik (misalnya, diaforesis, perubahan tekanan darah, pernapasan, atau nadi, dilatasi pupil).
- Perubahan selera makan.
- Perilaku distraksi (misalnya, mondar-mandir, mencari orang dan / atau aktivitas lain, aktivitas berulang).
- Perilaku ekspresif (misalnya, gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang dan menghela napas panjang).
- Wajah topeng (nyeri).
- Perilaku menjaga atau sikap melindungi.
- Fokus menyempit (misalnya, gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun).
- Bukti nyeri yang dapat diamati.
- Berfokus pada diri sendiri.
- Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur atau tidak menentu, dan menyeringai) (Wilkinson, Judith M, 2011).

C. Faktor Yang Memengaruhi

Agen-agen penyebab cedera (misalnya, biologis, kimia, fisik, dan psikologis) (Wilkinson, Judith M, 2011).

Nyeri dapat disebabkan oleh :

1. Masalah di sendi atau *miopati*.

2. Banyak titik perih di otot dan tempat masuknya tendon atau *fibromialgia*.
3. Sindrom hiper mobilitas sendi.
4. *Polimialgia reumatik* atau nyeri di *shoulder girdle* (leher, bahu, lengan atas) dan/ atau *pelvic girdle* (punggung bawah, pinggang dan paha) (Hayati, 2013).

D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Nyeri

1. Fraktur Femur

a. Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Femur adalah tulang terpanjang dan kuat pada tubuh manusia (Watson, 2002). Fraktur femur adalah fraktur yang terjadi pada tulang femur (Brunner & Suddarth, 2001).

Fraktur femur dapat terjadi pada beberapa tempat diantaranya: kolum femoris, trochanter, batang femur, suprakondiler, kondiler, kaput.

b. Klasifikasi

1) Femoral Head fraktur

Berdasarkan klasifikasi *Pipkin*:

- a) Tipe 1: fraktur dibawah fovea
- b) Tipe 2: fraktur diatas fovea
- c) Tipe 3: tipe 1 atau tipe 2 ditambah fraktur femoral neck
- d) Tipe 4: tipe 1 atau tipe 2 ditambah fraktur acetabulum

2) Femoral Neck fraktur

Berdasarkan klasifikasi *Pauwel*:

- a) Tipe 1: sudut inklinasi garis fraktur $< 30^\circ$
- b) Tipe 2: sudut inklinasi garis fraktur $30-50^\circ$
- c) Tipe 3 : sudut inklinasi garis fraktur $> 70^\circ$

3) Berdasarkan klasifikasi *Garden*:

- a) Garden 1: Fraktur inkomplet atau tipe abduksi/valgus atau impaksi
- b) Garden 2: fraktur lengkap, tidak ada pergeseran
- c) Garden 3: fraktur lengkap, disertai pergeseran tapi masih ada perlekatan atau inkomplet disertai pergeseran tipe varus
- d) Garden 4: Fraktur lengkap disertai pergeseran penuh

4) Trochanteric fraktur

Diklasifikasikan menjadi 4 tipe

- a) Tipe 1: fraktur melewati trokanter mayor dan minor tanpa pergeseran
- b) Tipe 2: fraktur melewati trokanter mayor disertai pergeseran trokanter minor
- c) Tipe 3: fraktur disertai fraktur komunitif
- d) Tipe 4: fraktur disertai fraktur spiral

5) Femoral Shaft fraktur

Klasifikasi OTA:

- a) Tipe A: Simple fraktur, antara lain fraktur spiral, oblik, transversal
- b) Tipe B: wedge/butterfly comminution fraktur
- c) Tipe C: Segmental comminution

Klasifikasi Winquist-Hansen:

- a) Tipe 0: no comminution
- b) Tipe 1: 25% butterfly
- c) Tipe 2: 25-50% butterfly
- d) Tipe 3: >50% comminution
- e) Tipe 5 : segmental dengan bone loss

6) Supracondylar/Intercondylar Femoral fraktur (Distal Femoral fraktur)

Klasifikasi *Neer, Grantham, Shelton*

- a) Tipe 1: fraktur suprakondiler dan kondiler bentuk 1
- b) Tipe II A : fraktur suprakondiler dan kondiler dengan sebagian metafise (bentuk Y)
- c) Tipe II B : bagian metafise lebih kecil
- d) Fraktur suprakondiler komunitif dengan fraktur kondiler tidak total (Smeltzer dan Bare, 2002).

c. Etiologi

- 1) Trauma langsung
- 2) Trauma tidak langsung
- 3) Fraktur patologis. Contoh fraktur patologis: Osteoporosis, penyakit metabolik, infeksi tulang dan tumor tulang.

d. Manifestasi Klinis

- 1) Nyeri
- 2) Hilangnya fungsi
- 3) Deformitas
- 4) Pemendekan ekstremitas
- 5) Krepitasi
- 6) Pembengkakan lokal

e. Stadium Penyembuhan

1) Fase hematoma

Pembuluh darah robek dan terbentuk hematoma disekitar daerah fraktur. Sel-sel darah membentuk fibrin guna melindungi tulang yang rusak dan sebagai tempat tumbuhnya kapiler baru dan fibroblast. Stadium ini berlangsung 24 – 48 jam dan perdarahan berhenti sama sekali.



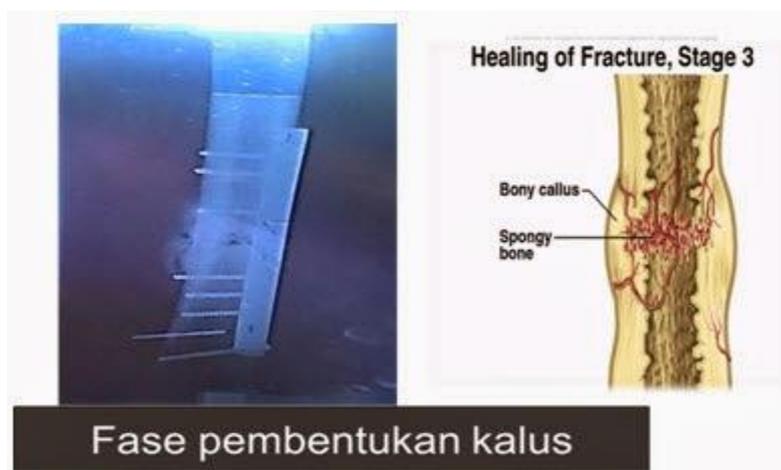
2) Stadium Dua-Proliferasi Seluler

Pada stadium ini terjadi proliferasi dan differensiasi sel menjadi fibro kartilago yang berasal dari periosteum, endosteum, dan bone marrow yang telah mengalami trauma. Sel-sel yang mengalami proliferasi ini terus masuk ke dalam lapisan yang lebih dalam dan disanalah osteoblast beregenerasi dan terjadi proses osteogenesis. Dalam beberapa hari terbentuklah tulang baru yg menggabungkan kedua fragmen tulang yang patah. Fase ini berlangsung selama 8 jam setelah fraktur sampai selesai, tergantung frakturnya.



3) Stadium Tiga-Pembentukan Kallus

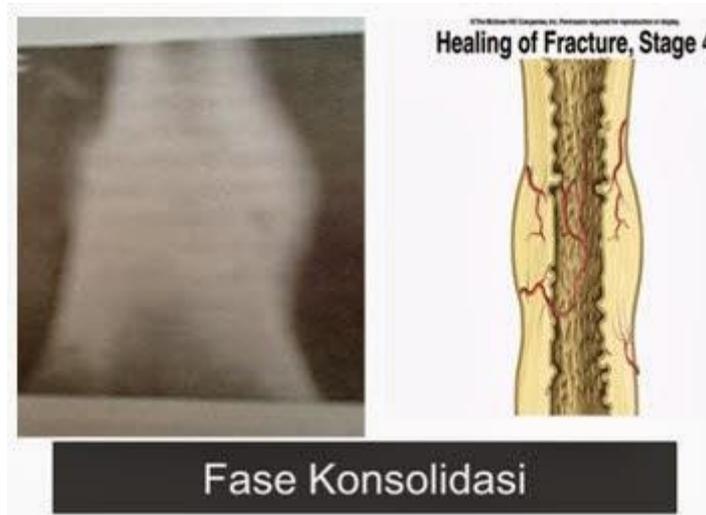
Sel-sel yang berkembang memiliki potensi yang kondrogenik dan osteogenik, bila diberikan keadaan yang tepat, sel itu akan mulai membentuk tulang dan juga kartilago. Populasi sel ini dipengaruhi oleh kegiatan osteoblast dan osteoklast mulai berfungsi dengan mengabsorpsi sel-sel tulang yang mati. Massa sel yang tebal dengan tulang yang imatur dan kartilago, membentuk kallus atau bebat pada permukaan endosteal dan periosteal. Sementara tulang yang imatur (anyaman tulang) menjadi lebih padat sehingga gerakan pada tempat fraktur berkurang pada 4 minggu setelah fraktur menyatu.



4) Stadium Empat-Konsolidasi

Bila aktivitas osteoclast dan osteoblast berlanjut, anyaman tulang berubah menjadi lamellar. Sistem ini sekarang cukup kaku dan memungkinkan osteoclast menerobos melalui reruntuhan pada garis

fraktur, dan tepat dibelakangnya osteoclast mengisi celah-celah yang tersisa diantara fragmen dengan tulang yang baru. Ini adalah proses yang lambat dan mungkin perlu beberapa bulan sebelum tulang kuat untuk membawa beban yang normal.



5) Stadium Lima-Remodelling

Fraktur telah dijematani oleh suatu manset tulang yang padat. Selama beberapa bulan atau tahun, pengelasan kasar ini dibentuk ulang oleh proses resorpsi dan pembentukan tulang yang terus-menerus. Lamellae yang lebih tebal diletakkan pada tempat yang tekanannya lebih tinggi, dinding yang tidak dikehendaki dibuang, rongga sumsum dibentuk, dan akhirnya dibentuk struktur yang mirip dengan normalnya.



f. Komplikasi

Menurut Sylvia and Price 2001, komplikasi yang biasanya ditemukan antara lain :

1. Komplikasi Awal

- a) Kerusakan Arteri
- b) *Kompartement Syndrom*
- c) *Fat Embolism Syndrom*
- d) Infeksi
- e) Avaskuler Nekrosis
- f) Shock

2. Komplikasi Dalam Waktu Lama

a) *Delayed Union*

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan supai darah ke tulang.

b) *Nonunion*

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. Nonunion ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

c) *Malunion*

Merupakan penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas).

g. Pemeriksaan penunjang

- 1) X-Ray dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulang yang cidera.
- 2) Bone scans, Tomogram, atau MRI Scans
- 3) Arteriogram : dilakukan bila ada kerusakan vaskuler.
- 4) CCT kalau banyak kerusakan otot.
- 5) Pemeriksaan Darah Lengkap

Lekosit turun/meningkat, Eritrosit dan Albumin turun, Hb, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas, Pada masa penyembuhan Ca meningkat di dalam darah, trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple, atau cedera hati.

h. Penatalaksanaan

1) Reduksi

Adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajaran dan rotasi anatomis

a) Reduksi tertutup: manipulasi & traksi manual

b) Traksi: used to get reduksi & immobilisasi effect

c) Reduksi terbuka: use alat fiksasi interna (pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam)

2) Immobilisasi

Untuk mempertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan

a) Fiksasi eksterna (gips, bidai, traksi)

b) Fiksasi interna (implan logam)

3) Rehabilitasi

Dilakukan untuk mempertahankan reduksi & immobilisasi , memantau status neurovaskuler dan melakukan latihan isometrik untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah .

2. Low Back Pain et causa trauma

a. Pengertian

Nyeri punggung bawah adalah perasaan nyeri di daerah lumbo sakral dan sakro iliakal, disertai penjalaran ketungkai sampai kaki (Hayati, 2013).

Nyeri punggung bawah adalah nyeri kronik didalam lumbal, biasanya disebabkan oleh terdesaknya para vertebral otot, herniasi dan regenerasi dari

nucleus pulposus, *osteoarthritis* dari lumbo sakral pada tulang belakang (Smeltzer, 2002).

b. Etiologi

Trauma dan gangguan mekanis

Trauma dan gangguan mekanis merupakan penyebab utama nyeri punggung bawah. Pada orang-orang yang tidak biasa melakukan pekerjaan otot atau sudah lama tidak melakukan kegiatan ini dapat menimbulkan nyeri punggung bawah yang akut (Hayati, 2013).

c. Tanda dan Gejala

Low Back Pain dapat dikategorikan dalam 3 kelompok, yaitu :

- 1) *Simple back pain* (*low back pain* sederhana) dengan karakteristik:
 - a) Adanya nyeri di daerah lumbal atau lumbo sakral tanpa perjalanan atau keterlibatan neurologis.
 - b) Nyeri mekanik, derajat nyeri bervariasi setiap waktu dan tergantung aktifitas fisik.
 - c) Kondisi kesehatan pasien secara umum adalah baik.
- 2) *Low back pain* dengan keterlibatan neurologis, dibuktikan dengan adanya satu atau lebih tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya keterlibatan neurologis:
 - a) Gejala: nyeri yang menjalar ke lutut, tungkai, kaki ataupun adanya rasa baal di daerah nyeri.
 - b) Tanda: adanya tanda iritasi radikular, gangguan motorik maupun sensorik atau refleks.
- 3) *Red flag Low Back Pain* dengan kecurigaan adanya cedera atau kondisi patologis yang berat pada spinal, karakteristiknya :
 - a) Trauma fisik berat seperti jatuh dari ketinggian ataupun kecelakaan kendaraan bermotor.
 - b) Nyeri non mekanik yang konstan dan progresif.
 - c) Ditemukan nyeri abdominal atau torakal.
 - d) Nyeri hebat pada malam hari yang tidak membaik dengan posisi terlentang.

- e) Riwayat atau ada kecurigaan kanker, HIV atau keadaan patologis lainnya yang dapat menyebabkan kanker.
- f) Penggunaan kortikosteroid jangka panjang.
- g) Penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya, menggigil dan demam.
- h) Fleksi lumbal sangat terbatas dan persisten.
- i) *Saddle anastesia* dan atau inkontinensia urin.

4) Pencegahan

Agar kita tetap sehat, khususnya agar tidak terkena *Low Back Pain* perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut :

- a) Olah raga secara teratur dimana frekuensi atau jumlah dan intensitasnya harus cukup jangan berlebih. Bagi yang berbakat *Low Back Pain*, dianjurkan untuk berenang, berjalan, jangan loncat-loncat, cukup lakukan *aerobic low impact* berkala.
- b) Mengatur makan dengan menghindari makanan-makanan yang mengandung banyak lemak, asam urat, dll. Agar memperlambat pengapuran tulang belakang. Disamping itu usahakan jangan sampai kelebihan berat badan.
- c) Hidup dengan lingkungan yang sehat dengan udara yang bersih dan menghindari polusi yang berlebihan.
- d) Hidup yang teratur, mengatasi stress.
- e) Pada saat melakukan aktivitas diusahakan postur tubuh:
 - 1). Hindari posisi badan yang menjauhkan kepala dan tulang punggung dari COG (*Center Of Gravity*).
 - 2). Hindari penggantungan anggota gerak atas.
 - 3). Hindari posisi asimetris dan twisting.
 - 4). Hindari tekanan pada jaringan lunak, terutama pada alat penyangga berat badan diperlukan.

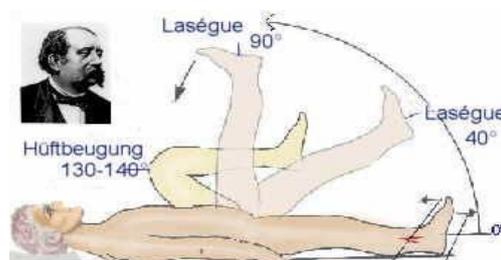
5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan fisik:

- Observasi: amati cara berjalan penderita pada waktu masuk ruang periksa, juga cara duduk yang disukainya. Bila pincang, diseret, kaku

(merupakan indikasi untuk pemeriksaan neurologis). Amati juga apakah perilaku penderita konsisten dengan keluhan nyerinya (kemungkinan kelebihan psikiatrik).

- Inspeksi: untuk kolumna vertebralis (thorako lumbal dan lumbo sakral) berikut deformitasnya, serta gerakan tulang belakang, seperti fleksi kedepan, ekstensi kebelakang, fleksi kelateral kanan dan kiri. Nyeri yang timbul hampir pada semua pergerakan daerah lumbal sehingga penderita berjalan sangat hati-hati (kemungkinan infeksi, inflamasi, tumor dan fraktur).
- Palpasi: apakah terdapat nyeri tekan pada tulang belakang atau pada otot-otot disamping tulang belakang? Apakah tekanan dari diantara dua prosesus spinosus menimbulkan rasa nyeri (spurling sign)?
- Perkusi: perhatikan apakah timbul nyeri jika processus spinosus diketok
- Pemeriksaan neurologi pada tungkai: sensibilitas (dermatome), motorik (kekuatan), tonus otot, reflek, tropik. Test provokasi (sensorik) :
 - *Laseque*



Pada tes ini, pertama telapak kaki pasien (dalam posisi 0°) didorong ke arah muka kemudian setelah itu tungkai pasien diangkat sejauh 40° dan sejauh 90° . Tes Laseque (+) menandakan kelainan pada rangsang selaput otak, iskialgia, iritasi pleksus lumbosakral (Hayati, 2013).

- *Patrick (lesi coxae)*



Tes ini dilakukan untuk mendeteksi kelainan di pinggang dan pada sendi sakro iliaka. Tindakan yang dilakukan adalah fleksi, abduksi, eksorotasi dan ekstensi (Hayati, 2013).

- Kebalikan *Patrick*

Dilakukan gerakan gabungan dinamakan fleksi, abduksi, endorotasi, dan ekstensi meregangkan sendi sakroiliaka. Test Kebalikan *Patrick* positif menunjukkan kepada sumber nyeri di sakroiliaka.

- Adakah gangguan miksi dan defekasi.
- Adakah tanda-tanda lesi upper motor neuron (UMN) dan *lower motor neuron* (LMN).

b) Pemeriksaan Diagnostik

- Foto (*X-Ray*, *Myelografi*, *Computed Tomografi Scan* (CT- scan) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Electro Miography* (EMG) / *Nerve Conduction Study* (NCS)

- Laboratorium

Laju endap darah, darah perifer lengkap, *C-reactif* protein (CRP), faktor rematoid, fosfatase alkali / asam, kalsium (atas indikasi). Urinalisa, berguna untuk penyakit non spesifik seperti infeksi, hematuri. Likuor serebrospinal (atas indikasi).

9. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1). Informasi dan edukasi.
- 2). Pada *Low Back Pain* akut : Imobilisasi (lamanya tergantung kasus), pengaturan berat badan, posisi tubuh dan aktivitas, modalitas termal (terapi panas dan dingin) masage, traksi (untuk distraksi tulang belakang), latihan : jalan, naik sepeda, berenang (tergantung kasus), alat bantu (antara lain korset, tongkat).
- 3). *Low Back Pain* kronik: psikologik, modulasi nyeri (*TENS*, akupuntur, modalitas termal), latihan kondisi otot, rehabilitasi vokasional, pengaturan berat badan posisi tubuh dan aktivitas.

b. Medis

1). Tirah baring

Tempat tidur dengan alat yang keras dan rata untuk mengendorkan otot yang spasme, sehingga terjadi relaksasi otot maksimal. Dibawah lutut dikanjal bantal untuk mengurangi hiperlordosis lumbal, lama tirah baring tidak lebih dari 1 minggu.

2). Medikamentosa

Menggunakan obat tunggal atau kombinasi dengan dosis seminimal mungkin, dapat diberikan analgetik non-steroid, muscle relaxant, tranquilizer, anti depresan atau kadang-kadang obat blokade neuratik.

3). Fisioterapi

Dalam bentuk terapi panas, stimulasi listrik perifer, traksi pinggul, terapi latihan dan ortesa (korset).

4). Psikoterapi

Diberikan pada penderita yang pada pemeriksaan didapat peranan psikopatologi dalam timbulnya persepsi nyeri, pemberian psikoterapi dapat digabungkan dengan relaksasi, hypnosis maupun biofeedback training.

5). Akupuntur

Kemungkinan bekerja dengan cara pembentukan zat neurohumoral sebagai neurotransmitter dan bekerja sebagai activator serat inhibitor desenden yang kemudian menutup gerbang nyeri.

6). Terapi operasi

Dikerjakan apabila tindakan konservatif tidak memberikan hasil yang nyata, atau kasus fraktur yang langsung mengakibatkan defisit neurologik, ataupun adanya gangguan spinger

7). Latihan

Latihan perlu dilakukan dengan hati-hati dan terarah agar tidak memperburuk keadaan, dapat dimulai pada hari ke 2 dan ke 3 kecuali jika penyebabnya adalah herniasi diskus. Latihan penguatan otot pada pasien *low back pain* dapat dilakukan sebagai berikut:

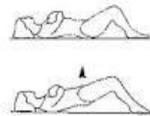
(a). Lying supine hamstring stretch



(b). Knee to chest stretch



(c). Pelvic Tilt



(d). Sitting leg stretch



(e). Hip and quadriceps stretch



Larangan untuk pasien *low back pain*:

- a. Berdiri terlalu lama tanpa diselingi gerakan seperti jongkok.
- b. Membawa beban yang berat.
- c. Duduk terlalu lama.
- d. Memakai sepatu hak tinggi.
- e. Menulis sambil membungkuk terlalu lama.
- f. Tidur tanpa menggunakan alas di permukaan yang keras atau menggunakan kasur yang terlalu empuk.

Anjuran untuk pasien *low back pain*:

- a. Posisikan kepala dititik tertinggi, bahu ditaruh sedikit kebelakang.
- b. Duduk tegak 90 derajat.
- c. Gunakanlah sepatu yang nyaman.
- d. Jika ingin duduk dengan jangka waktu yang lama, istirahatkan kaki di lantai atau apa saja yang menurut anda nyaman.
- e. Jika mempunyai masalah dengan tidur, taruhlah bantal di bawah lutut atau jika tidur menyamping, letakkanlah bantal diantara kedua lutut.
- f. Hindari berat badan yang berlebihan.
- g. Ketika memerlukan berdiri dalam waktu lama salah satu kaki diletakkan diatas supaya sudut ferguson tidak terlalu besar (sudut ferguson adalah sudut kemiringan sakrum dengan garis horisontal).

10. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Data fokus yang perlu dikaji:

1). Riwayat kesehatan

a). Riwayat Penyakit

- (1). Keluhan Utama (keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian)
- (2). Riwayat penyakit sekarang
 - Diskripsi gejala dan lamanya
 - Dampak gejala terhadap aktifitas harian
 - Respon terhadap pengobatan sebelumnya
 - Riwayat trauma
- (3). Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Immunosupression (supresis imun)
 - Penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas (kanker)
 - Nyeri yang menetap merupakan pertimbangan untuk kanker atau infeksi.
 - Nyeri di kala terbaring (tumor instraspinal atau infeksi) atau nyeri berkurang (hernia nucleus pulposus / HNP).

- Nyeri yang paling berat di pagi hari (spondiloartropati seronegatif: ankylosing spondylitis, arthritis psoriatic, spondiloartropati reaktif, sindroma fibromialgia)
- Nyeri pada saat duduk (HNP, kelainan faset sendi, stenosis kanal, kelainan otot paraspinal, kelainan sendi sakroilikal, spondilosis / spondilolisis / spondilolistesis, NPB-spesifik)
- Adanya demam (infeksi)
- Gangguannormal (dismenore, pascamonopause/andropause)
- Keluhan visceral (referred pain)
- Gangguan miksi
- Saddle anesthesia
- Kelemahan motorik ekstremitas bawah (kemungkinan lesi kauda ekwina)
- Lokasi dan penjalaran nyeri.

2). Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum
- b) Pemeriksaan persistem
- c) Sistem persepsi dan sensori(pemeriksaan panca indera : penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perasa)
- d) Sistem persarafan (Pemeriksaan neurologik)
 - Pemeriksaan motorik
 - Pemeriksaan sensorik.
 - *Straight leg Raising* (SLR), test laseque (iritasi radisks L5 atau S1)
cross laseque(HNP median) *Reverse Laseque* (iritasi radiklumbal atas)
 - *Sitting knee extension* (iritasi lesi iskiadikus)
 - Pemeriksaan system otonom
 - Tanda Patrick (lesi coxae) dan kontra Patrick (lesi sakroiliaka)
- e) Sistem pernafasan
(Nilai frekuensi nafas, kualitas, suara, dan jalan nafas.)

- f) Sistem kardiovaskuler
(Nilai tekanan darah, nadi, irama, kualitas, dan frekuensi)
 - g) Sistem Gastrointestinal
(Nilai kemampuan menelan, nafsu makan, minum, peristaltik dan eliminasi)
 - h) Sistem Integumen
(Nilai warna, turgor, tekstur dari kulit pasien)
 - i) Sistem Reproduksi
(Untuk pasien wanita)
 - j) Sistem Perkemihan
(Nilai frekuensi bak, warna, bau, volume)
- 3). Pola fungsi kesehatan
- a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - b) Pola aktifitas dan latihan
Cara berjalan: pincang, diseret, kaku (merupakan indikasi untuk pemeriksaan neurologis)
 - c) Pola nutrisi dan metabolisme
 - d) Pola tidur dan istirahat
(Pasien *Low Back Pain* sering mengalami gangguan pola tidur dikarenakan menahan nyeri yang hebat)
 - e) Pola kognitif dan perseptual
Prilaku penderita apakah konsisten dengan keluhan nyerinya (kemungkinan kelainan psikiatrik)
 - f) Persepsi diri/konsep diri
 - g) Pola toleransi dan koping stress
Nyeri yang timbul hampir pada semua pergerakan daerah lumbal sehingga penderita berjalan sangat hati-hati untuk mengurangi rasa sakit tersebut (kemungkinan infeksi, inflamasi, tumor atau fraktur).
 - h) Pola seksual reproduksi
 - i) Pola hubungan dan peran
 - j) Pola nilai dan keyakinan

b. Diagnosis Keperawatan

- 1) Nyeri akut b.d agen injuri (fisik, kelainan muskuloskeletal dan sistem syaraf vascular).
- 2) Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri (kerusakan muskula skeletal, kekakuan sendi, kontraktur)
- 3) Gangguan pola tidur b.d nyeri (tidak nyaman).
- 4) Defisit perawatan diri b.d nyeri

c. Rencana Keperawatan

- 1) Nyeri akut b.d agen injuri (fisik, kelainan muskuloskeletal dan sistem syaraf vascular).

Batasan karakteristik:

Verbal: Menarik nafas panjang, merintih, mengeluh nyeri.

Motorik: Menyeringaikan wajah, langkah yang terseok-seok, postur tubuh yang kaku / tidak stabil, gerakan yang amat lambat atau terpaksa.

Respon autonom: Perubahan vital sign

Tujuan:

Nyeri berkurang / hilang hingga mencapai derajat nyeri yang dapat ditoleransi dalam waktu x 24 jam, dengan kriteria evaluasi:

Tingkat nyeri: Dibuktikan oleh indikator nyeri 1-5 (sangat berat, berat, sedang, ringan, atau tidak ada).

- Melaporkan nyeri sedang
- Frekuensi nyeri berkurang
- Lama nyeri berkurang
- Ekspresi nyeri pada wajah berkurang
- Ketegangan berkurang
- Dapat istirahat
- Skala nyeri sedang

Pengendalian nyeri: Dibuktikan oleh indikator nyeri 1-5 (tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau selalu).

- Mengenal faktor-faktor penyebab nyeri
- Mengenal awitan nyeri
- Jarang melakukan tindakan pertolongan dengan non analgetik.

- Jarang menggunakan analgetik.
- Jarang melaporkan nyeri kepada tim kesehatan.
- Nyeri terkontrol / dapat dikendalikan

Tingkat kenyamanan:

- Pasien melaporkan kebutuhan istirahat tidur tercukupi.
- Melaporkan kondisi fisik baik.
- Melaporkan kondisi psikis baik.

Intervensi:

Manajemen nyeri:

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi).
- Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien.
- Kaji kultur / budaya yang mempengaruhi respon nyeri.
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
- Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
- Kurangi faktor presipitasi nyeri.
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi.
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

- Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri.

Pemberian Analgetik:

- Tentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri sebagai pemberian obat.
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.
- Cek riwayat alergi.
- Pilih analgenik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
- Tentukan analgetik pilihan rute pemberian dan dosis optimal.
- Pilih rute pemberian secara iv-im untuk pengobatan nyeri secara teratur.
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
- Evaluasi efektifitas analgesik tanda dan gejala (efek sampingan).

2) Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri (kerusakan muskuloskeletal, kekakuan sendi, kontraktur).

Batasan karakteristik:

- Postur tubuh kaku atau tidak stabil.
- Jalan terseok-seok.
- Gerak lambat.
- Membatasi perubahan gerak yang mendadak atau cepat
- Sakit berbalik.

Tujuan:

Klien mampu mencapai mobilitas fisik secara mandiri dalam waktu ...
X 24 jam

Kriteria evaluasi :

Mobilitas : Dibuktikan oleh indikator 1-5 (gangguan ekstrem, berat, sedang, atau tidak mengalami gangguan).

- Klien dapat melakukan mobilitas secara bertahap dengan tanpa merasakan nyeri.
- Penampilan seimbang.
- Menggerakkan otot dan sendi.
- Mampu pindah tempat tanpa bantuan
- Berjalan tanpa bantuan

Intervensi:

- Koreksi tingkat kemampuan mobilisasi dengan skala 0-4:
 0 : Klien tidak tergantung pada orang lain
 1 : Klien butuh sedikit bantuan
 2 : Klien butuh bantuan sederhana.
 3 :Klien butuh bantuan banyak.
 4:Klien sangat tergantung pada pemberian pelayanan.
- Atur posisi klien.
- Bantu klien melakukan perubahan gerak.
- Observasi / kaji terus kemampuan gerak motorik, keseimbangan.
- Ukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan latihan.
- Anjurkan keluarga klien untuk melatih dan memberi motivasi.
- Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (fisioterapi untuk pemasangan korset).
- Buat posisi seluruh persendian dalam letak anatomis dan nyaman dengan memberikan penyangga pada lekukan lakukan sendi serta pastikan posisi punggung lurus.

3) Defisit perawatan diri b.d nyeri

Tujuan :

Kebutuhan perawatan diri pasien dapat terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam.

Kriteria evaluasi:

- Klien terbebas dari bau badan
- Menyatakan kenyamanan terhadap pemenuhan kebutuhan perawatan diri

Intervensi:

- Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
- Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu.
- Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk memenuhi perawatan dirinya
- Dorong klien untuk melakukan aktivitas yang mandiri sesuai kemampuan (Wilkinson, Judith M, 2011).

3. Rheumatoid Arthritis

a. Pengertian

Arthritis Reumatoid (AR) merupakan suatu penyakit yang tersebar luas serta melibatkan semua kelompok ras dan etnik di dunia. Penyakit ini merupakan suatu penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik yang walaupun terutama mengenai jaringan persendian, seringkali juga melibatkan organ tubuh lainnya. Sebagian besar penderita menunjukkan gejala penyakit kronik yang hilang timbul, yang jika tidak diobati akan menyebabkan terjadinya kerusakan persendian dan deformitas sendi yang progresif yang menyebabkan disabilitas bahkan kematian dini. Walaupun faktor genetik, hormon sex, infeksi dan umur telah diketahui berpengaruh kuat dalam menentukan pola morbiditas penyakit ini hingga etiologi AR yang sebenarnya tetap belum dapat diketahui dengan pasti.

b. Klasifikasi Rheumatoid Arthritis:

Buffer (2010) mengklasifikasikan rheumatoid arthritis menjadi 4 tipe, yaitu:

- 1) Rheumatoid arthritis klasik pada tipe ini harus terdapat 7 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.
- 2) Rheumatoid arthritis defisit pada tipe ini harus terdapat 5 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.

3) *Probable* rheumatoid arthritis pada tipe ini harus terdapat 3 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.

4) *Possible* rheumatoid arthritis pada tipe ini harus terdapat 2 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 3 bulan.

c. Anatomi dan fisiologi

1) Persendian

Pergerakan tidak akan mungkin terjadi bila kelenturan dalam rangka tulang tidak ada. Kelenturan dimungkinkan karena adanya persendian, tata letak dimana tulang berada bersama-sama. Bentuk dari persendian akan ditetapkan berdasarkan jumlah dan tipe pergerakan yang memungkinkan dan klasifikasi didasarkan pada jumlah pergerakan yang dilakukan. Berdasarkan klasifikasinya terdapat 3 kelas utama persendian yaitu:

- Sendi synarthroses (sendi yang tidak bergerak)
- Sendi amphiarthroses (sendi yang sedikit pergerakannya)
- Sendi diarthroses (sendi yang banyak pergerakannya)

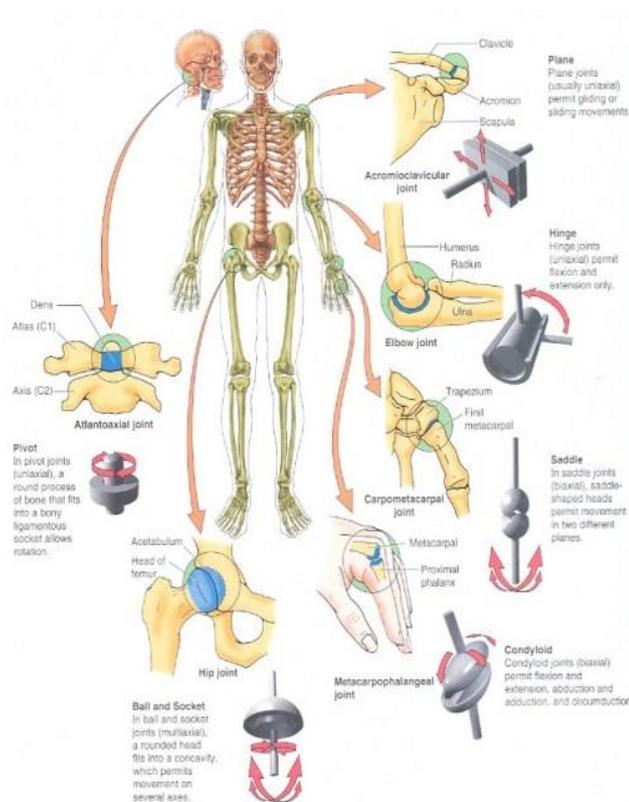
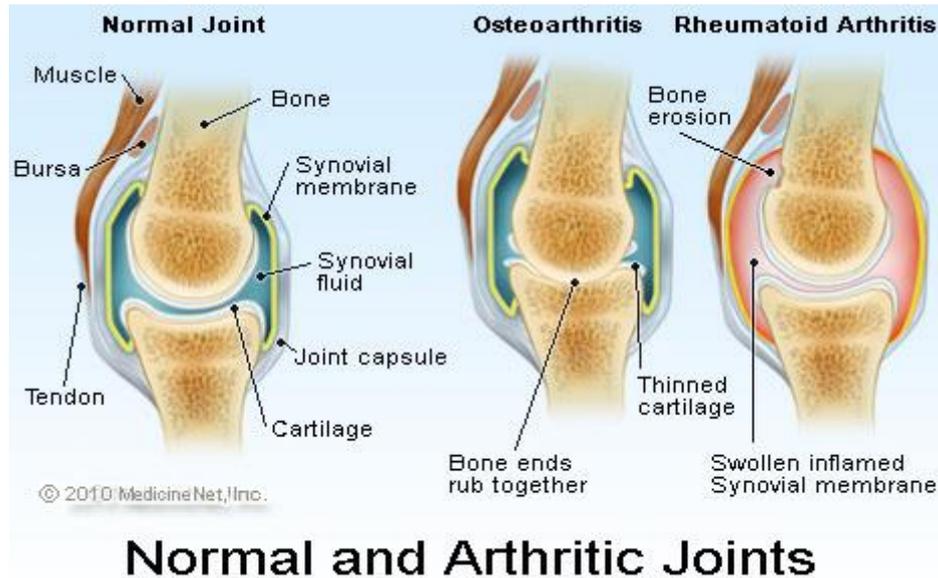


Figure 1.14. Types of synovial joint. Synovial joints are classified according to the shape of the articulating surfaces and/or the type of movement they permit. In this type of joint, the articulating bones move freely on one another.



d. Etiologi

- 1) Idiopatik
- 2) Genetik
- 3) Hormonal
- 4) Penyakit infeksi

e. Patofisiologi

Antigenmengaktivasi CD4+ sel T yang menstimulasi monosit, makrofag dan syinovial fibroblas untuk memproduksi interleukin-1, interleukin-6 dan TNF- α untuk mensekresikan matrik metaloproteinase melalui hubungan antar sel dengan bantuan CD69 dan CD11 melalui pelepasan mediator-mediator pelarut seperti interferon- γ dan interleukin-17. Interleukin-1, interlukin-6 dan TNF- α merupakan kunci terjadinya inflamasi pada rheumatoid arthritis.

Arktifasi CD4+ sel T juga menstimulasi sel B melalui kontak sel secara langsung dan ikatan dengan $\alpha_1\beta_2$ integrin, CD40 ligan dan CD28 untuk memproduksi immunoglobulin meliputi rheumatoid faktor. Sebenarnya fungsi dari rhumetoid faktor ini dalam proses patogenesis reumatoid artritis tidaklah diketahui secara pasti, tapi kemungkinan besar reumatoid faktor mengaktiflkan berbagai komplemen melalui pembentukan immun

kompleks.aktifasi CD4+ sel T juga mengekspresikan osteoclastogenesis yang secara keseluruhan ini menyebabkan gangguan sendi. Aktifasi makrofag, limfosit dan fibroblas juga menstimulasi angiogenesis sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi yang ditemukan pada synovial penderita reumatoid arthritis.

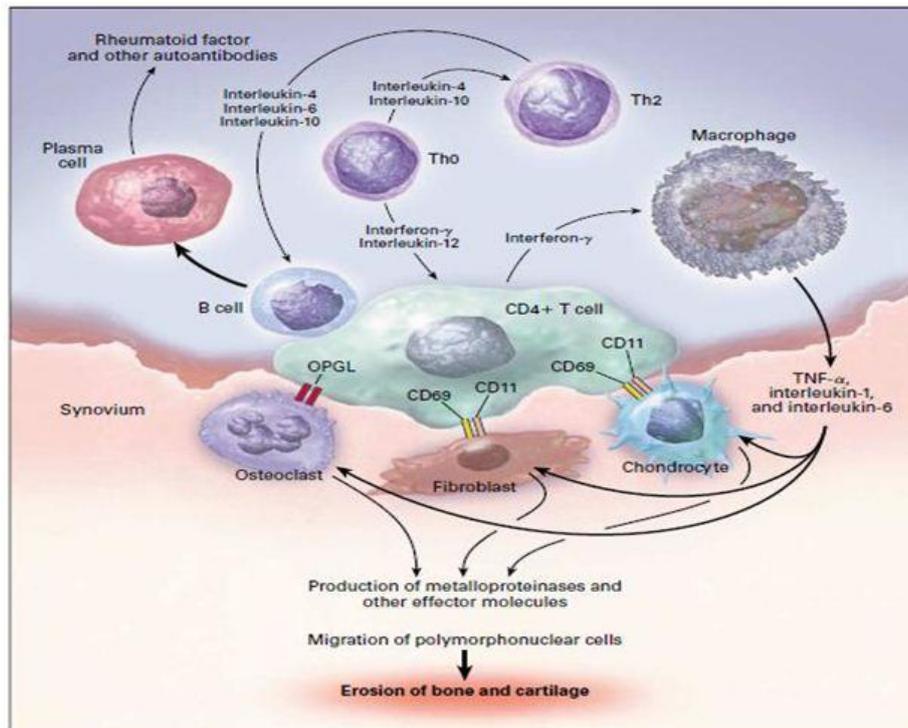


Figure 1. Cytokine Signaling Pathways Involved in Inflammatory Arthritis. The major cell types and cytokine pathways believed to be involved in joint destruction mediated by TNF- α and interleukin-1 are shown. Th2 denotes type 2 helper T cell, Th0 precursor of type 1 and type 2 helper T cells, and OPG osteoprotegerin ligand.

f. Tanda dan gejala

Pasien-pasien dengan RA akan menunjukkan tanda dan gejala seperti:

- 1) Nyeri persendian
- 2) Bengkak (Rheumatoid nodule)
- 3) Kekakuan pada sendi terutama setelah bangun tidur pada pagi hari
- 4) Terbatasnya pergerakan
- 5) Sendi-sendi terasa panas
- 6) Demam (pireksia)
- 7) Anemia
- 8) Berat badan menurun

- 9) Kekuatan berkurang
- 10) Tampak warna kemerahan di sekitar sendi
- 11) Perubahan ukuran pada sendi dari ukuran normal
- 12) Pasien tampak anemis.

g. Komplikasi

- 1) Dapat menimbulkan perubahan pada jaringan lain seperti adanya prosesgranulasi di bawah kulit yang disebut subcutan nodule.
- 2) Pada otot dapat terjadi myosis, yaitu proses granulasi jaringan otot.
- 3) Pada pembuluh darah terjadi tromboemboli. Tromboemboli adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.
- 4) Terjadi splenomegali.
Splenomegali merupakan pembesaran limfa, jika limfa membesar kemampuannya untuk menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah putih dan trombosit dalam sirkulasi menangkap dan menyimpan sel-sel darah akan meningkat.

f. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Sinar X dari sendi yang sakit : menunjukkan pembengkakan pada jaringan lunak, erosi sendi, dan osteoporosis dari tulang yang berdekatan (perubahan awal) berkembang menjadi formasi kista tulang, memperkecil jarak sendi dan subluksasio. Perubahan osteoartristik yang terjadi secara bersamaan.
- 2) Scan radionuklida : mengidentifikasi peradangan sinovium
- 3) Artroskopi langsung: Visualisasi dari area yang menunjukkan irregularitas/ degenerasi tulang pada sendi
- 4) Aspirasi cairan sinovial: mungkin menunjukkan volume yang lebih besar dari normal: buram, berkabut, munculnya warna kuning (respon inflamasi, produk-produk pembuangan degeneratif); elevasi SDP dan lekosit, penurunan viskositas dan komplemen (C3 dan C4).
- 5) Biopsi membran sinovial: menunjukkan perubahan inflamasi dan perkembangan panas.

- 6) Pemeriksaan cairan sendi melalui biopsi, FNA (*Fine Needle Aspiration*) atau atroskopi; cairan sendi terlihat keruh karena mengandung banyak leukosit dan kurang kental dibanding cairan sendi yang normal.

g. Penatalaksanaan

1) Medis

- a) Termoterapi
- b) Gizi yaitu dengan memberikan gizi yang tepat
- c) Pemberian Obat-obatan:

Anti Inflamasi non steroid (NSAID) contoh: aspirin yang diberikan pada dosis yang telah ditentukan.

Obat-obat untuk Reumatoid Arthritis: Acetyl salicylic acid, Cholyn salicylate (Analgetik, Antipyretik, Anty Inflammatory).

- 2) Pembedahan menjadi pilihan apabila pemberian obat-obatan tidak berhasil mencegah dan memperlambat kerusakan sendi. Pembedahan dapat mengembalikan fungsi dari sendi anda yang telah rusak. Prosedur yang dapat dilakukan adalah artroplasti, perbaikan tendon, sinovektomi.

4. Spondilitis TB

a. Pengertian

Tuberculosis tulang belakang atau disebut juga spondilitis tuberkulosa merupakan peradangan granulose yang bersifat kronik destruktif oleh mikrobakterium tuberkulosa (Rasjad, 2003).

Spondilitis TB disebut juga penyakit Pott bila disertai paraplegi atau defisit neurologis. Spondilitis ini paling sering ditemukan pada vertebra Th 8-L3 dan paling jarang pada vertebra C2. Spondilitis TB biasanya mengenai korpus vertebra, sehingga jarang menyerang arkus vertebra (Mansjoer, 2000).

b. Etiologi

Spondilitis tuberkulosa merupakan infeksi sekunder dari tuberkulosis di tempat lain ditubuh, 90-95% disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis typic* (2/3 dari tipe human dan 1/3 dari tipe bovin) dan 5-10% oleh *Mycobacterium tuberculosis atypic*. Lokalisasi spondilitis tuberkulosa terutama pada daerah

vertebra torakal bawah dan lumbal atas, sehingga diduga adanya infeksi sekunder dari suatu tuberculosis traktus urinarius, yang penyebarannya melalui pleksus Batson pada vena paravertebralis (Rasjad,2003).

c. Tanda / Gejala

Secara klinis gejala tuberculosis tulang belakang hampir sama dengan tuberculosis pada umumnya, yaitu:

- 1) Badan lemah / lesu
- 2) Nafsu makan berkurang
- 3) Berat badan menurun
- 4) Suhu sedikit meningkat (subfebris) terutama pada malam hari
- 5) Sakit pada punggung (Rajad, 2003)

Adapun tanda-tanda spondilitis tulang belakang dengan tuberculosis adalah sebagaiberikut:

- a) Pada leher, jika mengenai vertebra servikal penderita tidak suka memutar kepalanya dan duduk dengan meletakkan dagu ditangannya. Dia akan merasa nyeri pada leher atau pundanya. Jika terjadi abses, pembengkakan dengan fluktuasi yang ringan akan tampak pada sisi yang sama pada leher di belakang otot sternomastoid atau tonjolan pada bagian belakang mulut (faring).
- b) Pada punggung bawah sampai iga terakhir (region torakalis). Dengan adanya penyakit pada region ini, penderita memiliki punggung yang besar. Dalam gerakan memutar dia lebih sering menggerakkan kakinya daripada mengayun punggungnya. Saat memungut sesuatu dari lantai dia menekuk lutut sementara punggungnya tetap lurus. Kemudian akan terdapat pembengkakan atau lekukan yang nyata pada tulang belakang (gibus) diperlihatkan dengan korpus yang terlipat.
- c) Jika abses ini menjalar menuju dadabagian kanan dan kiri serta akan munculsebagai pembengkakan yang lunak padadinding dada (abses dingin yang samadapat menyebabkantuberkulosis kelenjargetah bening interkosta). Jika menuju kepunggung dapat menekan serabut sarafspinal menyebabkan paralisis.

- d) Saat tulang belakang yang terkena lebih rendah dari dada (region lumbal), dimana juga berada di bawah serabut saraf spinal, pus juga dapat menjalar pada otot sebagaimana pada tingkat yang lebih tinggi. Jika ini terjadi akan tampak sebagai pembengkakan lunak atas atau bawah ligamentum pada lipatan paha atau di bawah tetap pada sisi dalam dari paha (abses psoas). Pada keadaan yang jarang pus dapat berjalan menuju pelvis dan mencapai permukaan belakang sendi panggul.
- e) Pada pasien-pasien dengan malnutrisi akan didapatkan demam (kadang-kadangdemam tinggi), kehilangan berat badan dan kehilangan nafsu makan. Di beberapa negara Afrika juga didapati pembesaran kelenjar getah bening, tuberkel subkutan, pembesaran hati dan limpa.
- f) Pada penyakit-penyakit yang lanjut mungkin tidak hanya terdapat gibus (angulasi dari tulang belakang), juga dapat kelemahan dari anggota badan bawah dan paralisis (paraplegi) akibat tekanan pada serabut saraf spinal atau pembuluh darah (Rajad, 2003).

d. Patofisiologi

Patogenesis penyakit ini sangat tergantung dari kemampuan bakteri menahan cernaan enzim lisosomal dan kemampuan host untuk memobilisasi imunitas seluler. Jika bakteri tidak dapat diinaktivasi, maka bakteri akan bermultiplikasi dalam sel dan membunuh sel itu. Komponen lipid, protein serta polisakarida sel basil tuberkulosa bersifat immunogenik, sehingga akan merangsang pembentukan granuloma dan mengaktifasi makrofag. Beberapa antigen yang dihasilkannya dapat juga bersifat immunosupresif(Mansjoer, 2000). Infeksi mycobacterium tuuberculosis pada tulang selalu merupakan infeksi sekunder. Berkembnagnya kuman dalam tubuh tergantung pada keganasan kuman dan ketahanan tubuh klien. Lima stadium perjalanan penyakit spondilitis tuberkulosa, antara lain: (Rasjad, 2007).

1) Stadium I (implantasi)

Setelah bakteri berada dalam tulang, maka bila daya tahan tubuh klien menurun, bakteri akan berduplikasi membentuk koloni yang berlangsung selama 6-8 minggu. Keadaan ini umumnya terjadi pada daerah torakolumbal.

2) Stadium destruksi awal

Setelah stadium implantasi, selanjutnya terjadi destruksi korpus vertebra serta penyempitan yang ringan pada diskus. Proses ini berlangsung selama 3-6 minggu.

3) Stadium destruksi lanjut

Pada stadium ini terjadi destruksi yang masif, kolaps vertebra dan terbentuk massa kaseosa serta pus yang berbentuk cold abses (abses dingin), yang terjadi 23 bulan setelah stadium destruksi awal. Selanjutnya dapat terbentuk sekuestrum serta kerusakan diskus intervertebralis. Pada saat ini terbentuk tulang baji terutama di sebelah depan (wedging anterior) akibat kerusakan korpus vertebra, yang menyebabkan terjadinya kifosis atau gibus.

4) Stadium gangguan neurologis

Tidak berkaitan dengan beratnya kifosis yang terjadi, tetapi terutama ditentukan oleh tekanan abses ke kanalis spinalis. Gangguan ini ditemukan 10% dari seluruh komplikasi spondilitis tuberkulosa. Vertebra torakalis mempunyai kanalis spinalis yang lebih kecil sehingga gangguan neurologis lebih mudah terjadi pada daerah ini.

5) Stadium deformitas residual

Stadium ini terjadi kurang lebih 35 tahun setelah timbulnya stadium implantasi. Kifosis atau gibus bersifat permanen oleh karena kerusakan vertebra yang masif di sebelah depan.

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Peningkatan laju endapan darah (LED) dan mungkin disertai mikrobakterium
- b) Uji mantoux positif
- c) Pada pemeriksaan biakan kuman mungkin ditemukan mikrobakterium
- d) Biopsi jaringan granulasi atau kelenjar limfe regional
- e) Pemeriksaan histopatologis dapat ditemukan tuberkel

2) Pemeriksaan Radiologis

- a) Foto thoraks untuk melihat adanya tuberculosis paru.

- b) Foto polos vertebra ditemukan osteoporosis disertai penyempitan diskus intervertebralis yang berada di korpus tersebut.
- c) Pemeriksaan mieleografi dilakukan bila terdapat gejala-gejala penekanan sumsum tulang.
- d) Foto CT Scan dapat memberikan gambaran tulang secara lebih detail dari lesi, sklerosis, kolap diskus dan gangguan sirkumferensi tulang.
- e) Pemeriksaan MRI mengevaluasi infeksi diskus intervertebra dan osteomielitis tulang belakang dan adanya menandakan penekanan saraf (Rasjad, 2003).

f. Komplikasi

Komplikasi dari spondilitis tuberkulosis yang paling serius adalah Pott's paraplegia yang apabila muncul pada stadium awal disebabkan tekanan ekstradural oleh pus maupun sequester, atau invasi jaringan granulasi pada medula spinalis dan bila muncul pada stadium lanjut disebabkan oleh terbentuknya fibrosis dari jaringan granulasi atau perlekatan tulang (ankilosing) di atas kanalis spinalis. Mielografi dan MRI sangatlah bermanfaat untuk membedakan penyebab paraplegi ini. Paraplegi yang disebabkan oleh tekanan ekstradural oleh pus ataupun sequester membutuhkan tindakan operatif dengan cara dekompresi medulla spinalis dan saraf.

Komplikasi lain yang mungkin terjadi adalah ruptur dari abses paravertebra torakal ke dalam pleura sehingga menyebabkan empiema tuberkulosis, sedangkan pada maka nanah akan turun ke otot iliopsoas membentuk psoas abses yang merupakan cold absces (Rasjad, 2003).

g. Penatalaksanaan

Pada prinsipnya pengobatan tuberkulosis tulang belakang harus dilakukan segera mungkin untuk menghentikan progresivitas penyakit serta mencegah paraplegia.

Pengobatan terdiri atas:

- 1) Terapi Konservatif berupa:
 - a) Tirah baring
 - b) Memperbaiki keadaan umum penderita

c) Pasang brace pada penderita, baik yang di operasi ataupun yang tidak di operasi.

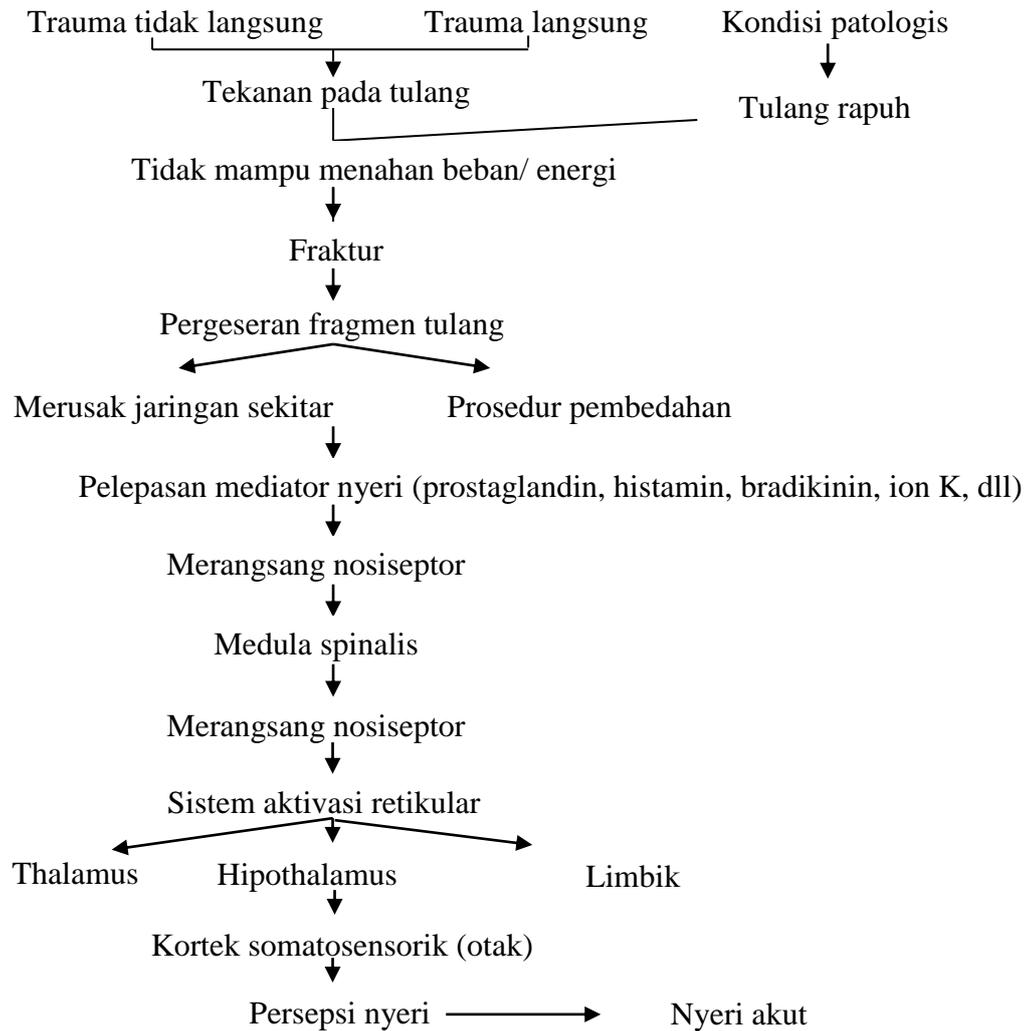
d) Pemberian obat anti tuberkulosa, obat-obat yang diberikan terdiri atas:

- Isonikotinic hidrosit (inti) dengan dosis oral 5 mg/kg BB perhari dengan dosis maksimal 300 mg. Dosis oral pada anak-anak 10 mg/kg BB.
- Asam paraamino salsilat. Dosis oral 8-12 mg/kg BB
- Etambutol. Dosis oral 15-25 mg/kg BB perhari
- Rifampisin. Dosis oral 10 mg/kgBB diberikan pada anak-anak, pada orang dewasa 300-400 mg perhari

2) Terapi Operatif

Walaupun pengobatan kemothorapi merupakan pengobatan utama bagi penderita tuberculosis tulang belakang, namun tindakan operatif masih memegang peranan penting dalam beberapa hal yaitu bila terdapat cold abses (abses dingin), lesi tuberkulosa, paraplegia, dan kifosis (Rasjad, 2003).

E. Pathway nyeri akut pada kasus Orthopedi dan Traumatologi



F. NIC nyeri akut pada kasus Orthopedi dan Traumatologi

1. Manajemen nyeri

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi).
- Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien.
- Kaji kultur / budaya yang mempengaruhi respon nyeri.
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.

- f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
 - g. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
 - h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
 - i. Kurangi faktor presipitasi nyeri.
 - j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
 - k. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
 - l. Ajarkan tentang teknik non farmakologi.
 - m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
 - n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
 - o. Tingkatkan istirahat
 - p. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
 - q. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri.
2. Pemberian Analgetik:
- a. Tentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri sebagai pemberian obat.
 - b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.
 - c. Cek riwayat alergi.
 - d. Pilih analgenik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu.
 - e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
 - f. Tentukan analgetik pilihan rute pemberian dan dosis optimal.
 - g. Pilih rute pemberian secara iv-im untuk pengobatan nyeri secara teratur.
 - h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
 - i. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
 - j. Evaluasi efektifitas analgesik tanda dan gejala (efek sampingan).

3. Manajemen Medikasi

Memfasilitasi penggunaan obat resep atau obat bebas secara aman dan efektif.

4. Bantuan Analgesia yang Dikendalikan oleh Pasien (*Patient Controlled Analgesi (PCA)*): Memudahkan pengendalian pemberian dan pengaturan analgesic oleh pasien.

5. Manajemen Sedasi:

Memberikan sedatif, memantau respon pasien, dan memberikan dukungan fisiologis yang dibutuhkan selama prosedur diagnostik atau terapeutik.

G. Contoh Kasus Ortopaedi Dan Traumatologi

1. Fraktur *Femur*

1. Pengkajian

1) Kasus 1

Tuan B. Tanggal/jam kunjungan 27 Februari 2014, jam 08.00, nomor register 010763, usia 17 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SLTA, alamat Jl. Kalimantan IV/89 A Summersari Jember, agama Islam, dengan diagnosis medis *close fracture transcondiler femur dextrapost* operasi ORIF hari ke 9. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekot-cekot pada kaki sebelah kanan, skala nyeri sedang (4), nyeri tidak pernah berkurang walaupun dengan istirahat.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post *ORIF* pada tanggal 18 Februari 2014, saat ini merupakan kontrol yang pertama kalinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak menderita penyakit menurun ataupun menular. Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung.

Pemeriksaan fisik ditemukan data sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 78 x/mnt, RR 20 x/mt, BB 50 Kg, TB 165 cm, pasien menggunakan alat bantu gerak berupa kruk, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas

sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (femur dextra), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *ORIF* di kaki kanan, terdapat nyeri pada luka, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih (luka kering, eksudasi serous minimal, jahitan utuh), tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 4 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

2) Kasus 2.

Tn. S. Tanggal/jam kunjungan 28 Februari 2014, jam 09.00, nomor register 010754, usia 17 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMA, pekerjaan pelajar, alamat Tamansari – Licin Banyuwangi, *agama Islam*, dengan *diagnosis medis close fracture of 1/3 medialis femur dextra post ORIF hari ke 7*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, seperti ditusuk-tusuk pada paha sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post *ORIF* pada tanggal 21 Februari 2014, saat ini merupakan kontrol yang pertama kalinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik ditemukan data sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 88 x/mnt, RR 24 x/mt, BB 52 Kg, TB 170 cm, pasien menggunakan alat bantu berupa *kruk*, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*1/3 medial femur dextra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien pincang, terdapat nyeri dan rasa kesemutan pada luka post operasi, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih (luka kering, eksudasi serous minimal, jahitan utuh), tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 4 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

3) Kasus 3

Tuan U. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 09.25, nomor register 013539, usia 38 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan wiraswasta, alamat Krajan 1/1 Tempurejo, agama Islam, dengan diagnosis medis *close fracture of maleolus dextra post ORIF* dan debridement hari ke 5. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu seperti kena benda tumpul pada kaki sebelah kanan, skala ringan (3), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post *ORIF* dan debridement pada tanggal 1 Maret 2014, pasien periksa karena rasa nyeri dan linu pada kaki kanannya. Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien mengatakan kurang semangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari karena diganggu oleh rasa nyeri. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien

mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik ditemukan data sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 165 cm, pasien menggunakan alat bantu gerak kruk, tidak ada protesa dan cacat tubuh, bisa melakukan aktivitas sehari-hari tetapi belum maksimal. Fokus pengkajian pada status lokalis (*cruris dextra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien.

2. Analisis Data

1) Kasus 1

DS: Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekot-cekot pada kaki sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri tidak pernah berkurang walaupun dengan istirahat.

DO: *Diagnosis medisclose fracture transcondiler femur dextra post ORIF* hari ke 9, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat berjalan.

Masalah keperawatan: Nyeri akut

Kemungkinan Penyebab: Diskontinuitas jaringan tulang

2) Kasus 2

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, seperti ditusuk-tusuk pada paha sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

DO: *Diagnosis medisclose fracture femur dextra post ORIF* hari ke 7, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat menggerakkan kaki kanan.

Masalah keperawatan: Nyeri akut

Kemungkinan Penyebab: Diskontinuitas jaringan tulang

3) Kasus 3

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu seperti kena benda tumpul pada kaki sebelah kanan, skala ringan (3), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

DO: *Diagnosis medis close fracture of maleolus dextra postORIF* hari ke 5, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat menggerakkan kaki kanan.

Masalah keperawatan: Nyeri akut

Kemungkinan Penyebab : Diskontinuitas jaringan tulang

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dari ketiga kasus adalah nyeri akut yang berhubungan dengan diskontinuitas jaringan tulang

4. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan luka post operasi sehingga intervensi yang dilakukan yaitu kaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST, berikan posisi yang nyaman,,ajarkan klien dalam manajemen nyeri (teknik napas dalam dan kompres hangat), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik (membantu mengurangi rasa nyeri).

5. Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien I dengan diagnosis nyeri akut adalah mengobservasi TTV, mengkaji nyeri dengan teknik PQRST dan mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam dan kompres

hangat).Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien II dengan diagnosis nyeri akut adalah mengobservasi TTV, mengkaji nyeri dengan teknik PQRST dan mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam dan kompres hangat).Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien III dengan diagnosis nyeri akut adalah mengobservasi TTV, mengkaji nyeri dengan teknik PQRST dan mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam dan kompres hangat).

6. Evaluasi

Hasil evaluasi pada pasien I setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosis keperawatan nyeri akut belum teratasi, tetapi pasien bisa mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam saat nyerinya kambuh. Sedangkan pada diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi, pasien bisa mendemonstrasikan cara menggunakan kruk yang benar, melakukan teknik ROM aktif-pasif, dan cara mengubah posisi yang benar. Pasien pulang.

2. *Low Back Pain*

a. Pengkajian

1) Kasus 1

Ny. I. Tanggal/jam kunjungan 28 Februari 2014, jam 11.00, nomor register 1354, usia 30 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan D3, pekerjaan bidan, alamat Banyuwangi, agama Islam, dengan diagnosis medis *Low Back Pain*.Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada pinggul kiri sampai dengan lutut kiri.

Riwayat penyakit sekarang, pasien mengeluh nyeri di pinggul kiri sejak 2 minggu yang lalu, nyeri menjalar ke lutut (riwayat jatuh duduk 2 tahun yang lalu), ini merupakan kunjungan yang pertama kalinya.Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita penyakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa tidak menderita penyakit genetik/keturunan.Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur, takut karena nyeri yang dirasakan.Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya

saat ini. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan kemana-mana, klien langsung berobat ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik pengkajian ditemukan data sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 72 x/mnt, RR 21 x/mt, BB 57 Kg, TB 165 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu gerak untuk aktivitas sehari-hari. Fokus pengkajian pada status lokalis (femur dan cruris), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang, terdapat nyeri pada pangkal paha, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik, tidak terdapat luka terbuka. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 4 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, walaupun tidak maksimal.

2) Kasus 2

Tn. M. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 10.30, nomor register 014675, usia 57 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SLTP, pekerjaan penjaga sekolah, alamat Umbulrejo, agama Islam, dengan diagnosis medis *Low Back Pain*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada punggung menjalar ke paha.

Riwayat penyakit sekarang, pasien mengeluh nyeri pada punggung sejak 2 bulan yang lalu (tidak ada riwayat jatuh sebelumnya), saat ini merupakan kunjungan yang pertama kalinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita sakit jantung sebelumnya. Riwayat psikologi, pasien tidak semangat dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari karena rasa nyeri yang dirasakan. Riwayat spiritual, pasien belum mencapai internalisasi nilai baik-buruk, memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya,

pasien tidak pernah menjalani pengobatan sebelumnya atau pijat alternatif, pasien langsung berobat ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik ditemukan data sebagai berikut: TD 120/70 mmHg, N 86 x/mnt, RR 22 x/mt, BB 59 Kg, TB 167 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dilakukan tanpa bantuan. Fokus pengkajian pada status lokalis (vertebrae dan femur), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri dan rasa kesemutan pada paha, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. tidak ada luka terbuka. Sensasi pada saraf median, ulnar, radial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan maksimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat secara maksimal.

3) Kasus 3

Tn. S. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 11.55, nomor register 14639, usia 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan Pensiunan PNS, alamat Jember, agama Islam, dengan diagnosis medis LBP. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pinggang menjalar ke kaki kanan/kiri.

Riwayat penyakit sekarang, pasien mengeluh nyeri pinggang sejak 2 tahun yang lalu, nyeri menjalar ke pinggang kanan / kiri. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita DM, tidak ada riwayat penyakit jantung. Riwayat psikologi, pasien mengatakan cepat lelah dalam melakukan kegiatan sehari-hari karena diganggu oleh rasa nyeri. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, karena tidak

kunjung membaik pasien kemudian berobat ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 165 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, bisa melakukan aktivitas sehari-hari tetapi belum maksimal. Fokus pengkajian pada status lokalis (*clavicula sinistra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf median, ulnar, radial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika doronganmaksimal diberikan pada pasien.

b. Analisis Data

1) Kasus 1

DS:Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, nyeri menjalar ke lutut sebelah kiri, skala sedang (4), nyeri berkurangdengan istirahat.

DO:Diagnosis medis *Low Back Pain*, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat berjalan

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS:Pasien mengalami rasa takut dan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan.

DO: Pasien selalu menanyakan secara detail tentang nyeri yang dirasakan sekarang

Diagnosis keperawatan: Kecemasan

DS:Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, nyeri menjalar ke lutut sebelah kiri, skala sedang (4), nyeri pernah berkurang dengan istirahat.

DO:Luas gerak sendi terbatas, *Manual Muscle Test* (MMT) pada kaki kiri mempunyai nilai 44444

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

2) Kasus 2

DS:Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa beraktivitas, nyeri menjalar ke paha skala sedang (4-6), nyeri sering muncul.

DO:Diagnosis medis *Low Back Pain*, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat berjalan.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS:Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, nyeri menjalar ke paha, skala sedang (4-6), nyeri sering muncul.

DO:Pasien tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan, luas gerak bebas, *Manual Muscle Test* (MMT) $\frac{55555}{55555} | \frac{55555}{55555}$

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

3) Kasus 3

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, nyeri menjalar ke kaki sebelah kanan dan sebelah kiri, skala sedang (4-5), nyeri sering muncul dan mengganggu aktivitas.

DO:Diagnosis medis *Low Back Pain*, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat berjalan

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS:Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, nyeri menjalar ke kaki kanan dan kaki kiri, skala sedang (4-5), nyeri sering muncul dan mengganggu aktivitas.

DO:Luas gerak sendi terbatas, *Manual Muscle Test* (MMT)

$\frac{55555}{55555} | \frac{55555}{55555}$

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

c. **Diagnosis keperawatan**

Dari analisis diatas didapatkan diagnosis keperawatan pada kasus 1 yaitu Nyeri akut, Kecemasan dan Hambatan mobilitas fisik. Untuk kasus 2 didapatkan diagnosis keperawatan Nyeri akut dan Hambatan mobilitas fisik. Pada kasus yang ke 3 didapatkan diagnosis keperawatanyang sama, yaitu Nyeri akut dan Hambatan mobilitas fisik.

d. **Intervensi**

Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan Nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri (fisik, kelainan musculoskeletal dan sistem syaraf vaskuler)yaitu:

Manajemen nyeri:

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi).
- 2) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien.
- 4) Kaji faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri.
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.
- 7) Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
- 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri.
- 10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- 11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- 12) Ajarkan tentang teknik non farmakologi.
- 13) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.
- 14) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.

- 15) Tingkatkan istirahat
- 16) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.
- 17) Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri.

Pemberian Analgetik:

- 1) Tentukan lokasi, karakteristik kualitas, dan derajat nyeri sebagai pemberian obat.
- 2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.
- 3) Cek riwayat alergi.
- 4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu.
- 5) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
- 6) Tentukan analgetik pilihan rute pemberian dan dosis optimal.
- 7) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
- 8) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
- 9) Evaluasi efektifitas analgesik tanda dan gejala (efek sampingan).

e. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri (fisik, kelainan musculoskeletal dan sistem syaraf vaskuler) yaitu:

- 1). Mengkaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST
 - a). *Provokes*: faktor yang menimbulkan rasa nyeri (aktivitas, spontan, stres, dll)
 - b). *Quality*: apakah tumpul, tajam, tertekan, dalam, permukaan dll. Apakah pernah merasakan nyeri seperti itu sebelumnya?
 - c). *Radiation*: apakah menyebar (rahang, punggung, tangan dll). Apa yang membuat lebih baik (posisi) ? apa yang mempertambah buruk (inspirasi, pergerakan)?
 - d). *Severity*: jelaskan skala nyeri dan frekuensi. Apakah disertai dengan gejala seperti (mual, muntah, pusing, diaphoresis, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital yang abnormal dll)

- e). *Time*: kapan mulai nyeri? Apakah konstan atau kadang – kadang? Bagaimana lama? tiba – tiba atau bertahap? Apakah mulai setelah anda makan? Frekuensi?
- 2). Mengajarkan klien teknik manajemen nyeri seperti teknik nafas dalam
 - 3). Mengajarkan keluarga tentang teknik manajemen nyeri, seperti:
 - a). Intervensi pada diagnosis keperawatanstimulasi kinestetik, gerakan rileks pada daerah yang nyeri, atau terganggu yang murni berasal dari orang lain.
 - b). Mengajarkan cara pemberian kompres hangat.
 - 4). Mengajarkan kepada pasien dan keluarga gerakan *Laseque,Patrick* dan Kebalikan *Patrick*.
 - 5). Menganjurkan kepada pasien untuk meningkatkan waktu istirahat selama dirumah.
 - 6). Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan-makanan yang mengandung banyak lemak, asam urat, dll. Agar memperlambat pengapuran tulang belakang. Disamping itu usahakan jangan sampai kelebihan berat badan.
 - 7). Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik, yaitu:
- f. Evaluasi

Pada ketiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan nyeri akut didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu mengontrol nyeri dengan skala nyeri sedang berkisar antara 4-6. Data obyektif yang ditemukan adalah pasien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam dan keluarga juga mampu mendemonstrasikan cara memberikan stimuasi kinestetikserta pemberian kompres hangat. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah dia ajarkan oleh perawat dirumah atau saat nyeri dirasakan.

3. Rheumatoid Arthritis

1. Pengkajian

a. Kasus 1

Tuan S, umur 62 tahun, RM, 01 40 53, Tgl/Jam kunjungan ; 04-03-2014, ayah dari 2 orang anaknya, suku Madura/Indonesia, Tani, Agama Islam alamat Jl. Madura III 7a desa Umbulsari.RPS: Klien mengatakan bahwa dari 5 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti ditusuk – tusuk dengan skala 6 (sedang) pada kaki kirinya mulai dari paha sampai dengan telapak kaki kirinya terutama saat berpindah posisi duduk ke berdiri dan saat beraktivitas, dan sering muncul saat bekerja terkadang terasa sangat nyeri, klien memiliki riwayat pekerjaan berat, seperti menjadi pekerja ladang, tiap hari harus pergi ke ladang untuk mencangkul. klien merasa kurang percaya diri, takut terjadi sesuatu pada dirinya, dan merasa tidak nyaman. Terkadang klien bertanya pada istrinya sehingga istrinya menyarankan untuk membeli obat yang dijual ditoko-toko dekat rumahnya dan klien juga tidak mengetahui dari mana nyeri kaki kirinya tersebut bisa muncul dan bagaimana solusi untuk mengatasinya. pada tanggal 04-03-2014 klien berangkat berobat ke rumah sakit RSD. dr. Soebandi khususnya dipoli Orthopedi jember.

Keadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah pucat, meringis saat ditekan diarea nyeri dan mau menerima kehadiran kita. Tanda-tanda Vital; suhu 36°C , tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 84 x/mnt, Respirasi 20 x/mnt. TB/BB : 170 cm/58 Kg. Fokus pengkajian Status Lokalis ; posture normal, Look ; sikatrik (-),fistula (-), haematom (-), deformitas (-) LLD (-). Feel ; perubahan suhu tubuh (+), nyeri (5). Move; terbatas, jalan klien menyeret . Ekstremitas; CRT < 2 detik, tidak ada varises, kekuatan otot 5, tidak ada edema. Integumen; warna sawo matang, elastisitas kulit baik. Tidak ada gangguan pada Manual Muscle Test.

Komunikasi keluarga selama ini menggunakan bahasa Madura dan yang paling berperan mengambil keputusan adalah kepala keluarga. Struktur Peran; klien bertugas mencari nafkah untuk menyekolahkan

anaknya sedangkan istri mengurus rumah tangga. Riwayat Psikologi; klien merasa cepat lelah, menggunakan obat penenang (-). Spiritual; mampu melakukan kegiatan ibadah, memahami nilai agama. Penilaian Budaya ;mempercayai pengobatan sangkal putung (-).

b. Kasus 2

Nyonya S, umur 75 tahun, , RM, 01 40 78, Tgl/Jam kunjungan; 04-03-2014, seorang ibu yang sudah berusia lanjut, pensiunan guru, suku Madura/Indonesia, Agama islam, alamat Griya Putra Kencana desa Kaliwates.RPS: Klien mengatakan bahwa kurang lebih 1 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan semakin nyeri pada kaki kirinya saat dibuat berjalan dan beraktivitas dan sering terasa kesemutan, skala nyeri 3 (ringan) klien memiliki riwayat berobat ke puskesmas terdekat tetapi masih belum ada hasil yang lebih baik sehingga pada tanggal 05-03-2014 klien berangkat berobat ke rumah sakit RSD. dr. Soebandi khususnya dipoli Orthopedi jember, untuk mendapat pengobatan lebih lanjut.

Keadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah bersahabat dan mau menerima kehadiran kita. Tanda-tanda Vital; suhu 36°C , tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/mnt, Respirasi 20 x/mnt. TB/BB: 160cm/50 Kg. Fokus pengkajian Status Lokalis; posture normal, Look; sikatrik (-), fistula (-), haematom (-), deformitas (-) LLD (-). Feel; perubahan suhu tubuh (+), nyeri (5). Move; terbatas, jalan klien menyeret. Ekstremitas; CRT < 2 detik, tidak ada varises, kekuatan otot 5, tidak ada edema. Integumen; warna sawo matang, elastisitas kulit baik. Tidak ada gangguan pada *Manual Muscle Test*.

Komunikasi keluarga; selama ini menggunakan bahasa Madura dan yang paling berperan mengambil keputusan adalah kepala keluarga. Struktur Peran; suami bertugas mencari nafkah untuk menyekolahkan anaknya sedangkan istri mengurus rumah tangga, Riwayat Psikologi; klien merasa cepat lelah, menggunakan obat penenang (-). Spiritual; mampu melakukan kegiatan ibadah, memahami nilai agama. Penilaian Budaya ;mempercayai pengobatan sangkal putung (-).

c. Kasus 3

Nyonya S, umur 78 tahun, , RM, 04 86 4, Tgl/Jam kunjungan ; 05-03-2014 seorang ibu yang sudah berusia lanjut, ibu rumah tangga, suku Madura/Indonesia, Agama islam, alamat Sumber sari.Klien mengatakan bahwa kurang lebih dari 3 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti cekut-cekut pada pergelangan tangan kirinya saat beraktivitas, dan sering muncul saat bekerja terkadang terasa sangat nyeri dengan skala nyeri 7 (sedang), klien memiliki riwayat pekerjaan berat, seperti menjadi buruh nyuci pakaian. klien merasa kurang percaya diri, takut terjadi sesuatu pada dirinya, dan merasa tidak nyaman. Terkadang klien bertanya pada suaminya sehingga suaminya menyarankan untuk membeli obat yang dijual ditoko-toko dekat rumahnya, klien juga tidak mengetahui dari mana nyeri pergelangan tangan kirinya tersebut bisa muncul dan bagaimana solusi untuk mengatasinya.pada tanggal 05-03-2014 klien berangkat berobat ke rumah sakit RSD. dr. Soebandi khususnya dipoli Orthopedi jember.

Keadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah bersahabat dan mau menerima kehadiran kita. Tanda-tanda Vital; suhu 35⁷ °C, tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi 80 x/mnt, Respirasi 18 x/mnt. TB/BB: 155cm/50 Kg. Fokus pengkajian Status Lokal; posture normal, Look; sikatrik (-),fistula (-), haematom (-), deformitas (-) LLD (-). Feel; perubahan suhu tubuh (+), nyeri (5). Move; terbatas, jalan klien menyeret . Ekstremitas; CRT < 2 detik, tidak ada varises, kekuatan otot 5, tidak ada edema. Integumen; warna putih, elastisitas kulit baik. Tidak ada gangguan pada Manual Muscle Test.

Komunikasi keluarga selama ini menggunakan bahasa Madura dan yang paling berperan mengambil keputusan adalah kepala keluarga. Struktur Peran; suami bertugas mencari nafkah untuk menyekolahkan anaknya sedangkan istri mengurus rumah tangga, Riwayat Psikologi; klien merasa cepat lelah, menggunakan obat penenang (-). Spiritual; mampu melakukan kegiatan ibadah, memahami nilai agama. Penilaian Budaya ;mempercayai pengobatan sangkal putung (-).

2. Analisis Data dan Diagnosis Keperawatan

a. Kasus 1

DS: Klien mengatakan bahwa dari 5 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti ditusuk –tusuk dengan skala 6 (sedang) pada kaki kirinya

DO: wajah pucat, jalan klien menyeret, meringis saat ditekan di area nyeri

Diagnosis Keperawatan:

- 1) Nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan fungsi muskuloskeletal yang menurun.
- 2) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan keterbatasan gerak sendi.
- 3) Ansietas/ cemas yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang penyakit.

b. Kasus 2

DS: Klien mengatakan bahwa kurang lebih 1 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan semakin nyeri skala 3 pada kaki kirinya

DO: wajah pucat, jalan klien menyeret, meringis saat ditekan di area nyeri

Diagnosis Keperawatan:

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan fungsi muskuloskeletal yang menurun.
2. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan keterbatasan gerak sendi.
3. Ansietas/ cemas yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang penyakit.

c. Kasus 3

DO: Klien mengatakan bahwa kurang lebih dari 3 bulan yang lalu klien mulai terasa nyeri seperti ceket-cekut pada pergelangan tangan kirinya saat beraktivitas, dan sering muncul saat bekerja terkadang terasa sangat nyeri dengan skala nyeri 7 (sedang),

DO: wajah pucat, nyeri (5), jalan klien menyeret, meringis saat ditekan diarea nyeri

Diagnosis Keperawatan:

- 1) Nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan fungsi muskuloskeletal yang menurun.
- 2) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan keterbatasan gerak sendi.
- 3) Ansietas/ cemas yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang penyakit.

3. Intervensi dan implementasi

a. Kasus 1

Mengkaji nyeri klien dengan teknik PQRST, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, cara mengontrol nyeri, mengajari teknik ROM aktif sesuai indikasi, memberikan penyuluhan tentang rheumatoid arthritis, penyebab, tanda dan gejala, Tanya jawab, menjelaskan prosedur semua prosedur perawatan, melibatkan keluarga mengenai pengetahuan tentang penyakit, menganjurkan klien supaya mengungkapkan perasaannya.

Evaluasi: klien mampu mengontrol nyeri dengan skala nyeri 3 (ringan) dan mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi dan distraksi, serta teknik ROM aktif, klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan yang kita ajukan termasuk apa yang terjadi apabila masalah rheumatoid arthritis, Dan klien Tn. S bersedia untuk melakukan teknik yang diajarkan saat dirumah Kesimpulan: apabila ada suatu masalah kesehatan tidak dihiraukan dan dianggap sepele maka bisa menyebabkan masalah yang dapat menjadi lebih parah.

b. Kasus 2

Mengkaji nyeri klien dengan teknik PQRST, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, cara mengontrol nyeri, mengajari teknik ROM aktif sesuai indikasi, memberikan penyuluhan tentang rheumatoid arthritis, penyebab, tanda dan gejala, Tanya jawab, menjelaskan prosedur semua

prosedur perawatan, melibatkan keluarga mengenai pengetahuan tentang penyakit, menganjurkan klien supaya mengungkapkan perasaannya.

Evaluasi: klien mampu mengontrol nyeri skala nyeri 3 (ringan) dan mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi dan distraksi, serta teknik ROM aktif, klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan yang kita ajukan termasuk apa yang terjadi apabila masalah rheumatoid arthritis, Dan klien Tn. S bersedia untuk melakukan teknik yang diajarkan saat dirumah Kesimpulan: klien mampu mendemonstrasikan manajemen nyeri, masalah belum teratasi.

c. Kasus 3

Mengkaji nyeri klien dengan teknik PQRST, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, cara mengontrol nyeri, mengajari teknik ROM aktif sesuai indikasi, memberikan penyuluhan tentang rheumatoid arthritis, penyebab, tanda dan gejala, Tanya jawab, menjelaskan prosedur semua prosedur perawatan, melibatkan keluarga mengenai pengetahuan tentang penyakit, menganjurkan klien supaya mengungkapkan perasaannya.

Evaluasi: klien mampu mengontrol nyeri skala nyeri 3 (ringan) dan mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi dan distraksi, serta teknik ROM aktif, klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan yang kita ajukan termasuk apa yang terjadi apabila masalah rheumatoid arthritis, Dan klien Tn. S bersedia untuk melakukan teknik yang diajarkan saat dirumah Kesimpulan: masalah belum teratasi, klien mampu mengaplikasikan yang diajari perawat.

4. Spondilitis TB

a. Pengkajian

1) Kasus 1

Ny. St. Tanggal/jam kunjungan 05Maret 2014, jam 08.00, nomor register 2673, usia 50 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SLTA, pekerjaan pensiunan PNS, alamat Jember, agama Islam, dengan

diagnosis medis *Spondilitis TB* post operasi *Spondilitis TB* 8 bulan yang lalu.

Riwayat penyakit sekarang, klien mengeluh nyeri apabila dibuat aktivitas, skala sedang(4), nyeri berkurang dengan istirahat dan kesulitan untuk jongkok. Saat ini kontrol untuk mengambil obat TB Bulan ke 9. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita *Tuberculosis* paru, hipertensi, Diabetes Mellitus dan post operasi *Spondilitis TBL VIII* 8 bulan yang lalu. Riwayat psikologi, pasien mengatakan takut karena kesulitan untuk jongkok. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung, klien rutin kontrol ke poli penyakit dalam dan bedah orthopedi RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 120/100 mmHg, N 92 x/mnt, RR 20 x/mt, BB 68 Kg, TB 165 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu gerak berupa kruk, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat normal, terdapat nyeri pada bekas luka operasi, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien.

2) Kasus 2

An. W. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 08.15, nomor register 1655, usia 15 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SLTP, pekerjaan pelajar, alamat Bintoro, agama Islam, dengan diagnosis medis *Spondilitis TB dan lymphadenopathy*.

Riwayat penyakit sekarang, pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri untuk beraktivitas terutama daerah leher, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang. Saat ini waktunya kontrol untuk mengambil obat TB bulan ke 8. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah post operasi *Spondilitis TB* 7 bulan yang lalu L III-IV-V tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien mengatakan cemas karena keadaannya sekarang ini. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pjat alternatif, pada saat sakit pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/60 mmHg, N 92 x/mnt, RR 22 x/mt, BB 45 Kg, TB 150 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*neck dan vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat sikatrik pada tulang belakang cara jalan pasien normal, terdapat nyeri, perubahan suhu lokalis dan oedema pada leher, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien.

3) Kasus 3

Ny. S. Tanggal/jam kunjungan 10 Maret 2014, jam 08.45, nomor register 10814, usia 37 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SMP, sebagai ibu rumah tangga, alamat Sumberbaru, agama Islam, dengan diagnosis medis *Spondilitis TB*.

Riwayat penyakit sekarang, pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri meskipun tidak melakukan aktifitas, skala sedang (4), nyeri didaerah bekas operasi.pasien post operasi Remove Plate dan debridement.Pada tanggal 14 Februari 2014, pasien periksa untuk rawat luka dan terasa nyeri pada bekas luka operasi.Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah operasi Spondilitis TB L II 2 tahun yang lalu. tidak ada penyakit keturunan/genetik. Obat Tb sudah stop sejak 1 tahun yang lalu.Riwayat psikologi, pasien mengatakan semangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari karena sekarang dia sudah bisa beraktifitas meskipun ringan.Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu.Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat sakit pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 120/80 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 165 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, bisa melakukan aktivitas sehari-hari tetapi belum maksimal. Fokus pengkajian pada status lokalis (*Vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat luka jahitan panjang 25 cm, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika doronganmaksimal diberikan pada pasien.

b. Analisis Data

1) Kasus 1

DS: Pasien mengeluh apabila dibuat aktivitas, skala sedang(4)

DO:Diagnosis medis post operasi *Spondilitis TB* 8 bulan yang lalu, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat jongkok.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS:Pasien mengatakan saat ini kontrol untuk mengambil obat.

DO:Saat ini pengobatan OAT bulan ke 9, Pengobatan OAT untuk spondilitis Tb 12 bulan.

Diagnosis keperawatan: risiko ketidakefektifan regimen terapeutik

DS:Pasien mengatakan takut terhadap kondisinya saat ini karena kesulitan untuk untuk jongkok, padahal saya rutin kontrol

DO: Ekspresi wajah tegang, Tensi 120/100,Nadi 72 x/mnt, RR 21 x/mt

Diagnosis keperawatan: Kecemasan

2) Kasus 2

DS: Klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal terutama daerah leher, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

DO:Diagnosis medis post op*Spondilitis TB* 7 bulan yang laludan *lymphadenopat*y, terdapat benjolan dileher.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Pasien mengatakan saat ini kontrol untuk mengambil obat.

DO: Saat ini pengobatan OAT bulan ke 8, Pengobatan OAT untuk spondilitis TB 12 bulan.

Diagnosis keperawatan: risiko ketidakefektifan regimen terapeutik

DS: Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini karena muncul benjolan baru lagi di leher.

DO: Ekspresi wajah tegang, Tensi 110/60, Nadi 92x/mnt

Diagnosis keperawatan: Kecemasan

3) Kasus 3

DS: Klien mengeluh nyeri meskipun tidak melakukan aktifitas, skala sedang (4), nyeri didaerah bekas operasi.

DO: Diagnosis medis post operasi Remove Plate dan debridement 1 bulan yang lalu, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

c. Diagnosis Keperawatan

Analisis diatas didapatkan diagnosis keperawatan pada kasus 1 yaitu nyeri akut, risiko ketidakefektifan regimen terapeutik dan kecemasan. Untuk kasus 2 didapatkan diagnosis keperawatan nyeri akut, risiko ketidakefektifan regimen terapeutik dan kecemasan. Pada kasus yang ke 3 didapatkan diagnosis keperawatan yang sama, yaitu nyeri akut.

d. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan luka post operasi sehingga intervensi yang dilakukan yaitu kaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST, berikan posisi yang nyaman,,ajarkan klien dalam manajemen nyeri (teknik napas dalam dan kompres hangat), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik (membantu mengurangi rasa nyeri).

Intervensi pada diagnosis keperawatan risiko ketidakefektifan regimen terapeutik adalah manajemen pendidikan kesehatan modifikasi perilaku berupa kaji tindakan yang sudah pernah dilakukan pasien (contoh: berobat ke petugas kesehatan), beri informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, motivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.

Intervensi pada diagnosis keperawatan kecemasan adalah manajemen pendidikan kesehatan penurunan kecemasan, berupa menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, melibatkan keluarga untuk mendampingi klien, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi tingkat kecemasan dan menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan dan persepsi. Intervensi pada diagnosis keperawatan risiko infeksi adalah dengan memonitor tanda infeksi, mengajarkan tehnik cuci tangan yang benar dan melakukan perawatan luka.

e. Evaluasi

Pada ke tiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan nyeri akut didapatkan data subyektif bahwa pasien bisa mengontrol nyeri dengan skala nyeri ringan berkisar antara 1-3. Data obyektif yang ditemukan adalah pasien mampu mendemonstrasikan teknik rileksasi nafas dalam serta pemberian kompres hangat. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah dia ajarkan oleh perawat dirumah atau saat nyeri dirasakan.

Diagnosis keperawatan kecemasan, didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu mengontrol rasa cemas yang dihadapi. Data obyektif yang ditemukan pada kasus Ny.St dan An. W, ekspresi wajah rileks, Tensi 110/70, Nadi 88x/mnt. Analisis perawat menyatakan masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah bila ada masalah untuk berbicara dengan orang terdekat.

Diagnosis keperawatanrisiko ketidakefektifan regimen terapeutik, didapatkan data subyektif bahwa pasien akan rutin kontrol dalam usaha penyembuhan sakit yang diderita. Pada data obyektif ditemukan adalah pasien dan keluarga mampu menyebutkan kapan harus melakukan kunjungan ulang dan mampu menyebutkan tanda-tanda komplikasi yang bisa muncul. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada kasus Ny.St dan An. W. dengan diagnosis keperawatanrisiko ketidakefektifan regimen terapeutik adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang agar penyembuhannya bisa maksimal.

Diagnosis keperawatanrisiko infeksi, didapatkan data subyektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi. Pada data obyektif ditemukan luka bekas operasi, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka, luka bersih. Analisis Perawat menyatakan teratasi. Planning yang bisa

dilakukan adalah menjaga kebersihan dan makan makanan yang berprotein tinggi misalnya telur dan ikan.

Kajian keperawatan yang didasarkan dari masalah spondilitis TB adalah sebagai berikut: Pada tahap pengkajian ditemukan permasalahan yang sama pada masing-masing pasien kelolaan. Pada kasus Spondilitis TB dapat menyerang siapa saja dan dari semua golongan usia sesuai dengan teori bahwa kasus Spondilitis TB menyerang pada anak-anak yang mana satu orang dari pasien kelolaan adalah masih berusia 15 tahun. Sedangkan pada negara maju, lebih sering mengenai pada usia yang lebih tua yang mana satu orang dari kelolaan adalah berusia 50 tahun. Keluhan utama yang dialami ketiga pasien tersebut adalah nyeri pada punggung tetapi pada klien Ny.St dan An.W adalah sama nyeri bila buat aktifitas ringan karena pada ketiga pasien kelolaan adalah post operasi spondilitis TB sudah 8 bulan.

Pada riwayat penyakit yang dialami masing masing pasien adalah sama dengan gejala yang ada pada penyakit Spodilitis TB serta upaya yang dilakukan dengan segera dibawa ke RS sehingga tidak menimbulkan gejala yang lebih berat. Pada riwayat kesehatan dahulu pada ketiga pasien pernah menderita penyakit TB Paru sebelumnya yang mana penyakit tersebut mengalami kekambuhan. Hal ini sesuai dengan konsep menyebutkan bahwa dengan keteraturan dalam pengobatan dan keteraturan minum obat sangat penting didalam pengobatan TB Paru.

Riwayat kesehatan keluarga menunjukkan bahwa pasien Ny.St dan Ny. S pada anggota keluarga ada yang menderita TB yaitu suami, sedangkan pada An.W dari nenek klien di mana keluarga adalah orang terdekat klien sehari-hari yang mana telah diketahui bahwa penyebaran kuman TB adalah melalui batuk dan bersin serta kontak yang sering di dalam keluarga, yang mana pada pasien 3 belum tahu dan belum pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya.

Riwayat psikologis pada Ny.St mengatakan takut karena masih kesulitan untuk jongkok padahal sudah operasi dan An. W mengalami kecemasan karena timbul benjolan lagi di leher. Hal ini sesuai dengan

teori bahwa karena kurang pengetahuan tentang penyakit maka klien bisa mengalami kecemasan.

Pola nutrisi dan metabolisme pada ketiga pasien kelolaan tidak ada masalah karena klien sudah pengobatan OAT 8 bulan. Hal ini sudah sesuai dengan teori bahwa. Pola eliminasi pada kasus kelolaan tidak ada masalah karena klien adalah pasien rawat jalan dan post op spondilitis TB sudah 8 bulan. Didalam teori didapatkan adanya gangguan dalam BAK dan BAB karena nyeri, hal ini disebabkan karena belum operasi. Pola aktivitas juga tidak ada masalah pada kasus kelolaan, klien dapat mengalami aktifitas sehari-hari karena nyeri ringan. Pada teori didapatkan mengalami gangguan aktifitas karena belum operasi. Pola persepsi dan konsep diri pada kasus kelolaan tidak ada masalah karena pada kasus kelolaan sudah operasi 8 bulan yang lalu. Dalam teori didapatkan malu karena bentuk tubuhnya yang kyphosis karena belum operasi.

Kesadaran ketiga pasien baik compos mentis, pada inspeksi sudah terlihat normal karena sudah post op, secara teori bentuk tulang belakang terlihat kyphosis, pada palpasi sudah tidak terlihat gibus, pada perkusi untuk Ny.St dan An. W tidak mengalami nyeri pada tulang belakang karena sudah op 8 bulan yang lalu sedangkan untuk Ny.S masih mengalami nyeri karena baru 1 bulan *remove* plat. Sesuai dengan masalah yang muncul dari ketiga pasien tersebut maka diagnosis yang menonjol adalah nyeri akut maka intervensi yang paling dominan adalah dengan memberikan teknik pembelajaran dengan materi tehnik nafas dalam dan kompres hangat dengan sistem penyuluhan dan demonstrasi.

J. DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Cheryl, W. M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Mosby: Elsevier.
- Carpenito, Lynda Juall. 1994. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Mansjoer, Arif. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga*. Jakarta: FKUI

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification*. Mosby: Elsevier.
- Nanda Internasional. 2011. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2012*. Jakarta : EGC
- Ningsih, Nurna. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Price & Wilson. 2005. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Paramarta,dkk.2008.Sari Pediatri.*Spondilitis Tb*. Denpasar: FK UNUD
- Rasyad, Chairuddin. 2003. *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi*. Makasar : Bintang Lamumpatue Wim de Jong, Spondilitis TBC, Dalam Buku Ajar Ilmu Bedah . Jakarta
- Wilkinson, Judith. M. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC.
Pain Scale Form. 2013.

BAB II

HAMBATAN MOBILITAS FISIK

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang hambatan mobilitas fisik dan khususnya pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan

Kemampuan kerja:

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada hambatan mobilitas fisik yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan pada hambatan mobilitas fisik sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian hambatan mobilitas fisik
2. Membedakan batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhi hambatan mobilitas fisik
4. Menjelaskan kasus orthopedi dan traumatologi yang berkaitan dengan hambatan mobilitas fisik
5. Menguraikan pathway hambatan mobilitas fisik berkaitan dengan kasus orthopedi dan traumatologi
6. Menjelaskan NIC hambatan mobilitas fisik
7. Melakukan pengkajian hambatan mobilitas fisik dalam asuhan pada klien

8. Menegakkan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik dalam asuhan pada klien
9. Menyusun klasifikasi intervensi keperawatan hambatan mobilitas fisik
10. Melaksanakan tindakan keperawatan hambatan mobilitas fisik
11. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan hambatan mobilitas fisik

A. Pengertian

Suatu keterbatasan dalam kemandirian untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh atau satu atau lebih ekstremitas (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

B. Batasan Karakteristik

1. Pergerakan (kursi roda, dll)
2. Adaptasi terhadap ketidakmampuan secara fisik (cacat fisik)
3. Keseimbangan tubuh
4. Postur tubuh yang tidak stabil
5. Posisi tubuh
6. Koordinasi gerakan
7. Gaya berjalan (lambat, menyeret, langkah sempit, sulit memulai berjalan, pincang)
8. Pergerakan sendi/ROM
9. Status pernafasan (bergerak menyebabkan nafas menjadi pendek)
(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

C. Faktor Yang Mempengaruhi

1. Toleransi terhadap aktivitas
2. Tingkat ansietas
3. Status kardiovaskuler
4. Kognisi
5. Tingkat depresi
6. Tingkat ketidaknyamanan
7. Ketahanan tubuh
8. Penyimpanan energi

9. Keterlibatan dalam latihan
 10. Orientasi terhadap kesehatan
 11. Konsekuensi dari imobil/tidak bergerak: psikologis
 12. Konsekuensi dari imobil/tidak bergerak: psikologis-kognitif
 13. Pergerakan sendi (pergelangan kaki, siku, pinggul, lutut, bahu, tulang belakang)
 14. Pengetahuan tentang penyuluhan kesehatan, aktivitas yang dianjurkan
 15. Respon dari medikasi/pengobatan
 16. Motivasi
 17. Status neurologi: pusat pengontrol gerak, fungsi sensorik dan motorik dari tulang belakang
 18. Status nutrisi: energi, intake nutrisi
 19. Tingkat nyeri
 20. Manajemen diri: osteoporosis
 21. Fungsi sensori
 22. Fungsi skeletal
 23. Berat badan
- (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Hambatan Mobilitas Fisik

1. Fraktur *Ante Brachii*

a. Definisi

Ante brachii adalah batang tulang radius ulna. Fraktur *ante brachii* merupakan suatu kondisi dimana terputusnya kontinuitas jaringan tulang radius ulna (Corwin, 2009).

Fraktur antebrachii adalah terputusnya kontinuitas tulang radius ulna. Yang dimaksud dengan antebrachii adalah batang (shaft) tulang radius dan ulna (Brunner & Suddarth, 2002).

b. Etiologi

1) Trauma langsung/ *direct trauma*

Fraktur terjadi di tempat dimana bagian tersebut mendapat ruda paksa (misalnya benturan, pukulan yang mengakibatkan patah tulang).

2) Trauma yang tak langsung/ *indirect trauma*

Misalnya penderita jatuh dengan lengan dalam keadaan ekstensi dapat terjadi fraktur pada pegelangan tangan.

3) Trauma ringan pun dapat menyebabkan terjadinya fraktur bila tulang itu sendiri rapuh/ ada risiko terjadinya penyakit yang mendasari dan hal ini disebut dengan fraktur patologis.

4) Kekerasan akibat tarikan otot

Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

c. Klasifikasi

1) Fraktur *antebrachii*, yaitu fraktur pada kedua tulang radius dan ulna



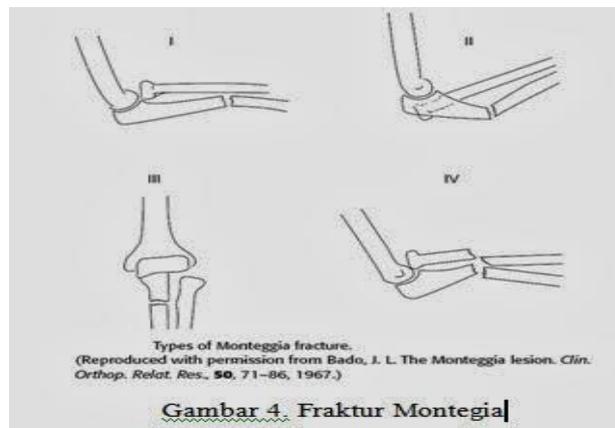
Gambar 2. Fraktur antebrachii

2) Fraktur ulna (*nightstick fracture*), yaitu fraktur hanya pada tulang ulna

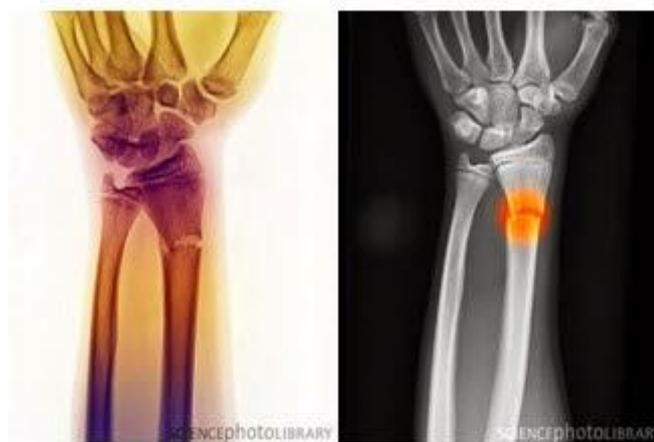


Gambar 3. Fraktur ulna (*nightstick fracture*)

- 3) Fraktur *Monteggia*, yaitu fraktur ulna proksimal yang disertai dengan dislokasi sendi radioulna proksimal

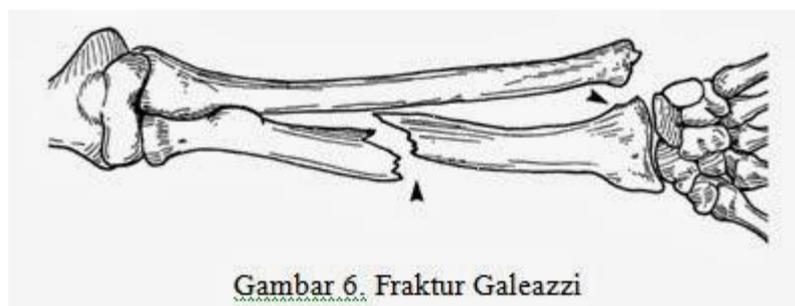


- 4) Fraktur radius, yaitu fraktur hanya pada tulang radius



Gambar 5. Fraktur radius

- 5) Fraktur *Galeazzi*, yaitu fraktur radius distal disertai dengan dislokasi sendi radius ulna distal



d. Manifestasi klinis

- Nyeri
- Hilangnya fungsi
- Deformitas
- Pemendekan ekstremitas
- Krepitasi
- Pembengkakan lokal
- Perubahan warna

e. Diagnosis

1) *Look*

- a) Adanya deformitas (pemendekan atau bengkok) atau kelainan bentuk (bandingkan dengan yang sehat)
- b) Adanya luka pada sekitar tempat trauma, adanya fragmen tulang yang keluar dari luka
- c) Adanya *swelling*/bengkak dan bekuan darah dibawah kulit (hematoma)
- d) Adanya warna kebiruan atau warna pucat pada anggota gerak yang mengalami fraktur dengan cedera vaskuler

2) *Feel*

- a) Diraba adanya ketidakstabilan tulang, krepitasi
- b) Diraba pembengkakan jaringan, kulit yang tegang, nyeri tekan
- c) Diraba suhu permukaan kulit hangat atau dingin (pada patah tulang disertai putusnya pembuluh darah atau kematian anggota gerak)

3) *Move*

- a) Adanya gangguan fungsi gerak
- b) Krepitasi → terasa bila fraktur digerakkan
- c) Nyeri bila digerakkan, baik pada gerakan yang aktif maupun pasif

f. Pemeriksaan penunjang

- 1) X-Ray dilakukan untuk melihat bentuk patahan atau keadaan tulang yang cidera.
- 2) Bone scans, Tomogram, atau MRI Scans
- 3) Arteriogram: dilakukan bila ada kerusakan vaskuler.

- 4) CCT kalau banyak kerusakan otot.
- 5) Pemeriksaan Darah Lengkap

Lekosit turun/meningkat, Eritrosit dan Albumin turun, Hb, hematokrit sering rendah akibat perdarahan, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas, Pada masa penyembuhan Ca meningkat di dalam darah, trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk ginjal. Profil koagulasi: perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfusi multiple, atau cedera hati.

g. Penatalaksanaan

- 1) Reduksi

Adalah mengembalikan fragmen tulang pada kesejajaran dan rotasi anatomis

- a) Reduksi tertutup: manipulasi & traksi manual
- b) Traksi: used to get reduksi & immobilisasi effect
- c) Reduksi terbuka: use alat fiksasi interna (pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam)

- 2) Immobilisasi

Untuk mempertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan

- a) Fiksasi eksterna (gips, bidai, traksi)



Gambar 11. Gips

b) Fiksasi interna (implan logam)



Gambar 13. Fiksasi internal

3) Rehabilitasi

Dilakukan untuk mempertahankan reduksi & immobilisasi , memantau status neurovaskuler dan melakukan latihan isometrik untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah (Smeltzer & Bare, 2002).

2. Asuhan keperawatan

a. Pengkajian

1) Riwayat Penderita

- a) Biodata dan jenis pekerjaan
- b) Keluhan utama pasien
- c) Riwayat penyakit dahulu
- d) Riwayat penyakit sekarang
- e) Riwayat sebelum sakit (operasi, trauma, pengobatan)
- f) Riwayat keluarga
- g) Psikososial; dampak sosial akibat cedera.

2) Keluhan Utama

- a) Trauma
- b) Nyeri
- c) Kekakuan Sendi
- d) Pembengkakan
- e) Deformitas
- f) Instabilitas Sendi
- g) Kelemahan otot
- h) Gangguan sensibilitas
- i) Gangguan dan hilang fungsi
- j) Gangguan jalan

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan difokuskan pada otot, sendi dan tulang, dengan metode *Look, Feel and Move*.

a) Otot

- *Look* (inspeksi)

Ukuran otot , misal : otot lengan , paha bandingkan dengan sisi yang lain apakah ada atropi dan hipertropi. Ukur keduanya dengan meteran apakah ada mal posisi pada tubuh, apakah ada tremor dan spastik.

- *Feel* (palpasi)

Suhu kulit apakah panas, dingin daribiasanya. Apakah denyutan arteri dapat diraba atau tidak. Jaringan lunak: adanya spasme otot,atrofi otot, adanya tumor.Nyeri tekan : lokasi nyeri.

- *Move* (pergerakan)

Nilai kekuatan otot dengan 6 Level (*manual muscle test*)

Nilai luas rentang gerak sendi (ROM)

b) Sendi

- *Look*(inspeksi)

Apakah ada pembengkakan, panas dan nyeri

- *Feel* (palpasi)

Apakah ada edema, nyeri, krepitasi dan adanya nodul.

- *Move*(pergerakan)

Kaji rentang gerak sendi (ROM)

c) Tulang

- *Look*(inspeksi)

Amati bentuk tulang, apakah ada deformitas. Cara berjalan, membungkuk dan berdiri atau adanya shortening.

- *Feel* (palpasi)

Apakah ada benjolan, nyeri dan krepitasi

- *Move*(pergerakan)

Perhatikan gerakan aktif dan pasif pada saat melakukan *Range of Motion* /Luas Gerak Sendi.

b. Diagnosis keperawatan

- 1) Nyeri akut
- 2) Hambatan mobilitas fisik
- 3) Kurang pengetahuan
- 4) Ansietas
- 5) Risiko infeksi

c. Implementasi

Pelaksanaan dari intervensi yang ada disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat pada rencana tindakan. Salah satu rencana tindakan adalah ambulasi. Ambulasi adalah tahapan kegiatan yang dilakukan pada pasien pasca operasi dimulai dari bangun dan duduk sampai pasien turun dari tempat tidur dan mulai berjalan dengan bantuan alat sesuai dengan kondisi pasien (Roper, 2002 dalam Shodikin, 2013). Ambulasi merupakan latihan yang dilakukan dengan hati-hati tanpa tergesa-gesa untuk memperbaiki sirkulasi dan mencegah flebotrombosis (Hin Chiff,1999 dalam Shodikin, 2014).

Persiapan latihan fisik yang diperlukan pasien hingga memiliki kemampuan ambulasi antara lain:

- a. Latihan otot-otot Quadriceps dan otot-otot Gluteal :
 - 1) Kerutkan otot-otot quadriaps sambil berusaha menekan daerah popliteal, seolah-olah ia menekan lututnya ke bawah sampai masuk ke lutut sementara kakinya naik ke atas.
 - 2) Hitung sampai hitungan kelima.
 - 3) Ulangi latihan ini 10 – 15 kali.
- b. Latihan untuk menguatkan otot-otot ekstremitas atas dan lingkaran bahu :
 - 1) Fleksi dan Ekstensi lengan pelan-pelan sambil memegang berat traksi atau benda yang beratnya berangsur-angsur ditambah dan jumlah pengulangannya. Ini berguna untuk menambah kekuatan otot ekstremitas atas.
 - 2) Duduk di tempat tidur, angkat tubuh dari tempat tidur, tahan selama beberapa menit (Asmadi, 2008 dalam Shodikin 2014).

Jenis latihan otot

- a. Isometrik
- b. Isotonik
- c. Isokinetik

Alat yang digunakan untuk ambulasi:

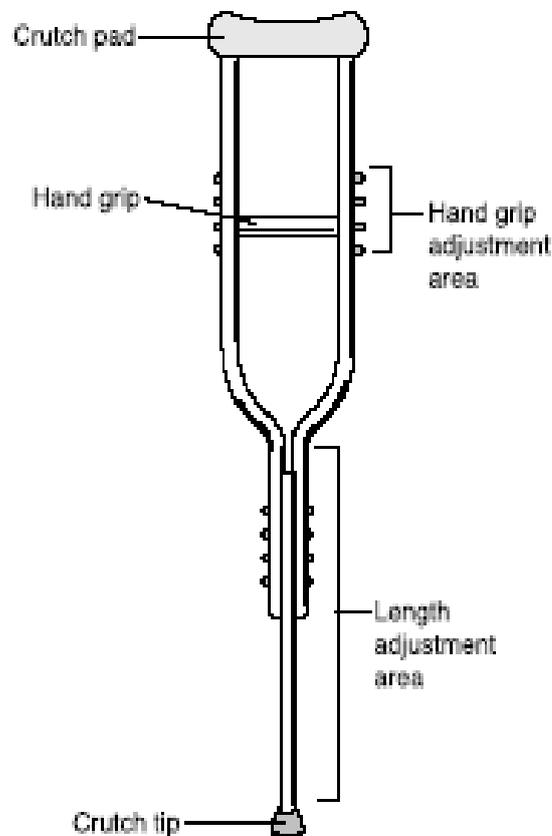
- a. Kruk: terbuat dari logam dan kayu, digunakan pada pasien Fraktur hip dan Ekstremitas bawah
- b. Canes (tongkat): adalah alat yang ringan, mudah dipindahkan, setinggi pinggang, terbuat dari kayu dan logam
- a. Walker: adalah alat yang sangat ringan, mudah dipindahkan setinggi pinggang, terbuat dari pipa logam dan mempunyai empat penyangga yang kokoh.

Tahapan Weight-Bearing pada Ambulasi

- a. Non weight bearing (NWB):
Kaki tidak boleh menyentuh lantai

NWB adalah 0 % dari beban tubuh, dilakukan selama 3 Minggu pasca operasi.

- b. Touch Down Weight Bearing (TDWB)
Berat dari kaki pada lantai saat melangkah tidak lebih dari 5% beban tubuh.
- c. Partial Weight Bearing (PWB)
Berat dapat berangsur ditingkatkan dari 30-50 % beban tubuh.
Dilakukan 3-6 vMinggu pasca operasi.
- d. Weight Bearing as Tolerated (WBAT)
Tingkatannya dari 50 – 100 % beban tubuh
Pasien dapat meningkatkan beban jika merasa sanggup melakukannya.
- e. Full Weight Bearing (FWB)
Kaki dapat membawa 100 % beban tubuh setiap melangkah
Dilakukan 8-9 bulan pasca operasi (Prerson, 2002 dalam Shodikin, 2014)



Bagian-bagian kruk

Mengatur/mengeset kruk

a. Mengukur panjang kruk:

Axilla crutch → TB – 16 inci (40cm)

a. *Mulley' Guideline* → Bantalan kruk ± 2-3 jari di bawah ketiak.

b. *Handgrip crutch* tepat di pergelangan tangan pasien (*wrist*) → Siku membentuk sudut sekitar 15 sampai 30 derajat.

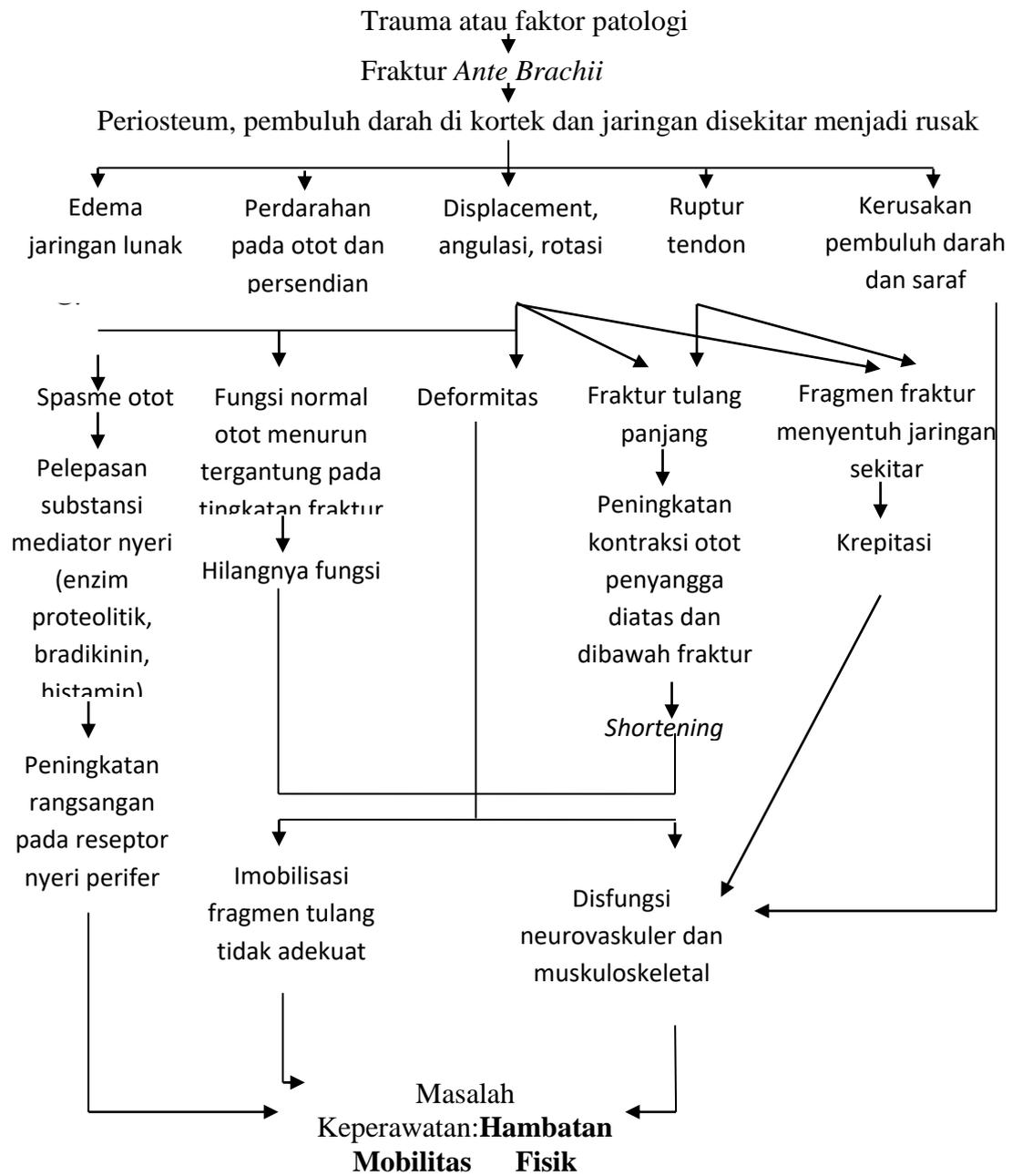
c. Crutch length (top to bottom): total panjang kruk harus sama dengan jarak dari ketiak kurang lebih 6 inci di depan ujung kaki.



d. Evaluasi

Evaluasi dari semua tindakan yang dilakukan didokumentasikan dengan SOAP, sesuai dengan data obyektif dan subyektif yang ditemukan di pasien.

E. Pathway Hambatan Mobilitas Fisik Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi



(Smeltzer & Bare, 2002)

H. NIC Hambatan Mobilitas Fisik pada Kasus Orthopedi dan Traumatologi

1. Perawatan *bed rest*
2. Manajemen energi
3. Manajemen lingkungan
4. Latihan: aktivitas fisik (peregangan)
5. Terapi latihan: ambulasi, keseimbangan, pergerakan sendi, kontrol otot
6. Manajemen *mood* (suasana hati)
7. Manajemen nyeri
8. Mengatur posisi
9. Bantuan perawatan diri
10. Mengajarkan latihan yang dianjurkan
11. Traksi
12. Terapi aktivitas
13. Perawatan *cast*
14. Perawatan sirkulasi: arteri dan vena
15. Pencegahan jatuh
16. Perawatan kaki
17. Masase
18. Manajemen pengobatan
19. Monitoring persarafan
20. Terapi nutrisi
21. Manajemen sirkulasi perifer
22. Manajemen tekanan
23. Pembatasan aktivitas fisik
24. Rileksasi otot progresif
25. Bidai
26. Manajemen berat badan

(Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013)

I. Contoh Kasus (Fraktur)

1. Pengkajian

Kasus 1

Tanggal/jam kunjungan 27 Februari 2014, jam 08.00, nomor register 9800, Tn. A. usia 30 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SLTA, pekerjaan tani, alamat Bondowoso, agama Islam, dengan diagnosis medis *close fracture of lower leg sinistra post ORIF* hari ke 9. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekut-cekut pada kaki sebelah kiri, skala sedang (4), nyeri tidak pernah berkurang walaupun dengan istirahat.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post operasi *ORIF* pada tanggal 18 Februari 2014, saat ini merupakan kontrol yang pertama kalinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita Tuberculosis paru pada tahun 2012, dan sudah menjalani pengobatan selama 6 bulan dan pasien sudah dinyatakan bersih. Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini. Penilaian budaya, pasien pernah menjalani pengobatan di sangkal putung selama 5 bulan, kemudian tidak ada perkembangan dan lukanya cenderung semakin jelek, sehingga oleh keluarga dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 72 x/mnt, RR 21 x/mt, BB 57 Kg, TB 165 cm, pasien menggunakan alat bantu gerak berupa kruk, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (tibia dan fibula), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *ORIF* di kaki kiri, terdapat nyeri pada luka, luas gerak sendi pergelangan kaki terbatas, untuk gerak plantar fleksi - dorsal fleksi S 15°- 0°- 35° (N: 20°- 0°-50°) , sedang luas gerak sendi untuk gerak eversi - inversi R 30°- 0°- 15° (N: 40°- 0°- 20°), sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih (luka kering, eksudasi serous minimal, jahitan utuh), terdapat bekas

luka infeksi lama/scar, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 4 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

Kasus 2

Tanggal/jam kunjungan 05 Maret 2014, jam 08.45, nomor register 12048, usia 14 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SLTP, pekerjaan pelajar, alamat Pakusari, agama Islam, dengan diagnosis medis *fracture of 1/3 distal radius ulna dextra post operasi ORIF antebrachii dextra* hari ke 7. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, seperti ditusuk-tusuk pada tangan sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post operasi *ORIF antebrachii dextra* pada tanggal 26 Februari 2014, saat ini merupakan kontrol yang pertama kalinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pjat alternatif, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 120/70 mmHg, N 86 x/mnt, RR 22 x/mt, BB 19 Kg, TB 120 cm, pasien menggunakan alat bantu berupa *arm sling* untuk menyangga tangan kanannya, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*1/3 distal radius ulnadextra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri dan rasa

kesemutan pada luka post operasi, luas gerak sendi *elbow* normal, pada gerak *fleksi* adalah S 0-0-145 (N: S 0-0-145), luas gerak sendi pergelangan tangan terbatas, pada gerak *fleksi-ekstensi* S 30-0-40 (N: S 50-0-60), *radial deviation (abduction)* dan *ulnar deviation (adduction)* F 15-0-25 (N: F 20-0-30), MCP I normal S 0-0-60 dan IPP normal S 0-0-65, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih (luka kering, eksudasi serous minimal, jahitan utuh), tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf median, ulnar, radial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 4 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

Kasus 3

Tanggal/jam kunjungan 07 Maret 2014, jam 08.55, nomor register 7803, usia 30 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan sarjana, pekerjaan PNS, alamat Bondowoso, agama Islam, dengan diagnosis medis *close fracture of clavícula sinistra post operasi implant removal* hari ke 2. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu seperti kena benda tumpul pada tangan sebelah kiri, skala ringan (3), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post operasi *implant removal* pada tanggal 5 Maret 2014, pasien periksa karena rasa nyeri dan linu pada tangan kirinya. Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien mengatakan kurang semangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari karena diganggu oleh rasa nyeri. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah

menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 165 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, bisa melakukan aktivitas sehari-hari tetapi belum maksimal. Fokus pengkajian pada status lokalis (*clavicula sinistra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf median, ulnar, radial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika doronganmaksimal diberikan pada pasien.

2. Analisis Data

a. Kasus 1

DS: Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekut-cekut pada kaki sebelah kiri, skala sedang (4), nyeri tidak pernah berkurang walaupun dengan istirahat.

DO: *Diagnosis medis fracture of lower leg sinistra post operasi ORIF* hari ke 9, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat berjalan

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Pasien pernah menjalani pengobatan di sangkal putung selama 5 bulan, kemudian tidak ada perkembangan dan lukanya cenderung semakin jelek, sehingga oleh keluarga dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

DO: Terdapat komplikasi pada luka

Diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan regimen terapeutik

DS: Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekut-cekut pada kaki sebelah kiri, skala sedang (4), nyeri tidak pernah berkurang walaupun dengan istirahat.

DO: luas gerak sendi pergelangan kaki terbatas, untuk gerak plantar fleksi - dorsal fleksi S 15° - 0° - 35° (N: 20° - 0° - 50°), sedang luas gerak sendi untuk gerak eversi - inversi R 30° - 0° - 15° (N: 40° - 0° - 20°), MMT pada kaki kiri mempunyai nilai 44444

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

b. Kasus 2

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, seperti ditusuk-tusuk pada tangan sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

DO: *Diagnosis medis fracture of 1/3 distal radius ulna dextra post operasi ORIF antebrachii dextra* hari ke 7, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat menggerakkan tangan kanan.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, seperti ditusuk-tusuk pada tangan sebelah kanan, skala sedang (4), nyeri muncul kadang-kadang.

DO: Pasien menggunakan alat bantu berupa *arm sling* untuk menyangga tangan kanannya, luas gerak sendi *elbow* normal, pada gerak *fleksi* adalah S 0-0-145 (N: S 0-0-145), luas gerak sendi pergelangan tangan terbatas, pada gerak *fleksi-ekstensi* S 30-0-40 (N: S 50-0-60), *radial deviation (abduction)* dan *ulnar deviation (adduction)* F 15-0-25 (N: F 20-0-30), MCP I normal S 0-0-60 dan IPP normal S 0-0-65, MMT 44444

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

c. Kasus 3

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu seperti kena benda tumpul pada tangan sebelah kiri, skala ringan (3), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

DO:Diagnosis medis *close fracture of clavícula sinistra post operasi implant removal* hari ke 2, terdapat sikap hati-hati saat beraktivitas, terutama saat menggerakkan tangan dan bahu kiri.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu seperti kena benda tumpul pada tangan sebelah kiri, skala ringan (3), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

DO: Luas gerak sendi terbatas, MMT 55555 55555
55555 55555

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

3. Diagnosis Keperawatan

Analisis data diatas didapatkan diagnosis keperawatan pada kasus 1 yaitu nyeri akut, ketidakefektifan regimen terapeutik dan hambatan mobilitas fisik. Untuk kasus 2 didapatkan diagnosis keperawatan nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik. Pada kasus yang ke 3 didapatkan diagnosis keperawatanyang sama, yaitu nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik. Prioritas diagnosis keperawatan dari ketiga kasus diatas adalah hambatan mobilitas fisik, nyeri akut dan ketidakefektifan regimen terapeutik.

4. Intervensi

Intervensi pada diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak meliputi beberapa tindakan, yaitu ajarkan dan demonstrasikan cara menggunakan alat bantu gerak yang benar, ajarkan teknik ROM pasif dan aktif sesuai indikasi, ajarkan cara mengubah posisi yang benar.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan luka post operasi yaitu kaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST, berikan posisi yang nyaman, ajarkan klien dalam manajemen nyeri (teknik napas dalam dan kompres hangat), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik (membantu mengurangi rasa nyeri).

Adapun intervensi pada diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapeutik adalah manajemen pendidikan kesehatan modifikasi perilaku,

berupa kaji tindakan yang sudah pernah dilakukan pasien (contoh: pergi ke alternatif/sangkal putung), beri informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, motivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.

5. Implementasi

a. Intervensi pada diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak meliputi beberapa tindakan, yaitu:

a. Mengajarkan dan mendemonstrasikan cara menggunakan alat bantu gerak yang benar

a) Pada kasus 1, mengajarkan dan mendemonstrasikan cara menggunakan kruk, sehingga terhindar dari risiko terjadi cedera

b) Pada kasus 2, mengajarkan dan mendemonstrasikan pemasangan *arm sling*

b. Mengajarkan teknik ROM pasif dan aktif sesuai indikasi

a) Pada kasus 1, ROM yang dilakukan adalah ROM pasif yang dilakukan adalah mengatur posisi pasien terlentang, rotasikan kedua pergelangan kaki membentuk lingkaran penuh, lakukan dorsofleksi dan flantar fleksi secara bergantian pada kedua kaki klien, lanjutkan latihan dengan melakukan fleksi dan ekstensi lutut secara bergantian, mengangkat kedua telapak kaki klien secara tegak lurus dari permukaan tempat tidur secara bergantian. ROM aktif yang dilakukan adalah mengajarkan pasien berjalan pada tiga titik dengan kruk axilla pembantu berjalan standart, kaki tidak boleh menyentuh lantai pasien berada pada tahapan ambulasi *non weight bearing* (0% dari beban tubuh)

b) Pada kasus 2, ROM yang dilakukan adalah ROM pasif yang dilakukan adalah dengan menekuk dan meluruskan sendi bahu dan siku, memutar, menekuk dan meluruskan pergelangan tangan jari-jari tangan. ROM aktif yang dilakukan adalah :

- Latihan pertama
Mengangkat tangan yang fraktur keatas dengan menggunakan tangan yang sehat, letakan kedua tangan diatas kepala dan kembalikan tangan ke posisi semula.
- Latihan kedua
Mengangkat tangan yang fraktur melewati dada ke arah tangan yang sehat, kemudian kembalikan ke posisi semula.
- Latihan ketiga
Tekuk siku yang fraktur menggunakan tangan yang sehat, luruskan siku kemudian angkat keatas dan letakan kembali tangan yang fraktur ditempat tidur.
- Latihan keempat
Pegang pergelangan tangan yang fraktur menggunakan tangan yang sehat lalu angkat keatas dada, putar pengelangan tangan ke arah dalam dan ke arah luar
- Latihan kelima
Tekuk jari-jari tangan
- Latihan keenam
Mengajarkan cara mengubah posisi yang benar.

c) Pada kasus ke 3, ROM yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk melakukan semua aktivitas secara normal atau biasa bila nyeri sudah berkurang atau hilang (istirahat saat nyeri terasa)

b. Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan luka post operasi yaitu:

1) Mengkaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST

- a) *Provokes*: faktor yang menimbulkan rasa nyeri (aktivitas, spontan, stres, dll)
- b) *Quality*: apakah tumpul, tajam, tertekan, dalam, permukaan dll. Apakah pernah merasakan nyeri seperti itu sebelumnya?
- c) *Radiation*: apakah menyebar (rahang, punggung, tangan dll). Apa yang membuat lebih baik (posisi) ? apa yang mempertambah buruk (inspirasi, pergerakan)?

- d) *Severity*: jelaskan skala nyeri dan frekuensi. Apakah disertai dengan gejala seperti (mual, muntah, pusing, diaphoresis, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital yang abnormal dll)
 - e) *Time*: kapan mulai nyeri? Apakah konstan atau kadang – kadang? Bagaimana lama? tiba – tiba atau bertahap? Apakah mulai setelah anda makan? Frekuensi?
- 2) Mengajarkan klien teknik manajemen nyeri seperti teknik nafas dalam
 - 3) Mengajarkan keluarga tentang teknik manajemen nyeri, seperti:
 - a) Stimulasi kinestetik, gerakan rileks pada daerah yang luka, atau terganggu yang murni berasal dari orang lain
 - b) Mengajarkan cara pemberian kompres hangat
- c. Adapun intervensi pada diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapeutik adalah manajemen pendidikan kesehatan modifikasi perilaku, berupa
- 1) Mengkaji tindakan yang sudah pernah dilakukan pasien (contoh: pergi ke alternatif/sangkal putung), yakinkan pasien dan keluarga bahwa tindakan membawa ke sangkal putung merupakan tindakan yang berisiko.
 - 2) Memberi informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, seperti akibat dari penatalaksanaan luka yang tidak sesuai dengan standar medis, penatalaksanaan diet yang tidak tepat dan pola hidup yang tidak sehat seperti merokok
 - 3) Memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS (kontrol dan minum obat tepat waktu).

6. Evaluasi

Pada ke tiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik, didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu melakukan aktivitas tanpa rasa nyeri atau dengan skala nyeri ringan. Data obyektif yang ditemukan pada kasus pertama, pasien mampu menggunakan alat bantu gerak berupa kruk, mampu mendemonstrasikan teknik ROM pasif aktif dan mampu mengubah posisi/ berpindah tempat dengan benar. Pada kasus kedua, pasien

dan keluarga mampu memasang arm sling sendiri dan mampu mendemonstrasikan teknik ROM pasif aktif. Pada kasus ketiga, pasien mampu mendemonstrasikan gerakan ROM aktif pasif dengan rasa nyeri yang minimal. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah diajarkan oleh perawat dirumah agar tidak terjadi kontraktur.

Diagnosis keperawatan nyeri akut didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu mengontrol nyeri dengan skala nyeri ringan berkisar antara 1-3. Data obyektif yang ditemukan adalah pasien mampu mendemonstrasikan teknik rileksasi nafas dalam dan keluarga juga mampu mendemonstrasikan cara memberikan stimulasi kinestetik serta pemberian kompres hangat. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah diajarkan oleh perawat dirumah atau saat nyeri dirasakan.

Diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapeutik, didapatkan data subyektif bahwa pasien tidak akan pergi ke terapi alternatif atau sangkal putung dalam usaha penyembuhan sakit yang diderita. Pada data obyektif ditemukan adalah pasien dan keluarga menyakini bahwa sangkal putung adalah terapi yang kurang efektif, mampu menyebutkan kapan harus melakukan kunjungan ulang dan mampu menyebutkan tanda-tanda komplikasi yang bisa muncul. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada kasus pertama Tn. A dengan diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapeutik adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk tidak melakukan kunjungan ke sangkal putung lagi agar penyembuhannya bisa maksimal.

7. Kajian Keperawatan

Pembahasan pada kasus ini adalah kondisi fraktur merupakan kondisi dimana klien akan dihadapkan pada beberapa masalah terkait dengan

hambatan mobilitas fisik, nyeri akut, kerusakan integritas kulit, risiko infeksi dan kurang pengetahuan tentang berbagai hal, seperti terapi, nutrisi dan mobilisasi. Hambatan mobilitas fisik merupakan diagnosis mutlak yang bisa diangkat pada pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal, karena organ tubuh yang terkena adalah organ-organ yang mempunyai peranan penting dalam mobilisasi.

Pada pengkajian keluhan utama, data yang didapatkan adalah pernyataan pasien berupa rasa nyeri yang timbul saat diam dan diperparah dengan beraktivitas. Hal ini pula yang mengakibatkan pasien takut atau enggan melakukan gerakan-gerakan yang sebenarnya bertujuan untuk menghindari kontraktur. Fakta yang ada sesuai dengan teori tentang komplikasi dari fraktur, dimana diantaranya adalah kekakuan sendi atau *joint stiffness* yang bisa terjadi saat persendian yang terlibat lama tidak mengalami pergerakan (Brunner & Suddarth, 2002).

Keluhan nyeri pada fraktur adalah sangat rasional sekali, selama nyeri yang dirasakan tidak termasuk kategori berat sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas, pasien harus mengabaikannya. Awal dari aktivitas mungkin sangat menyakitkan, tetapi lama kelamaan tubuh akan beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan.

Pengkajian luas gerak sendi, data yang didapatkan pada ketiga pasien adalah rentang terbatas pada beberapa sendi, sesuai dengan fraktur yang dialami, diantaranya pada fraktur *lower leg* sendi yang terganggu adalah sendi pergelangan kaki, untuk gerak plantar fleksi - dorsal fleksi S 15° - 0° - 35° yang berarti didapatkan penurunan $5-15^{\circ}$ dari sudut normal. Luas gerak sendi untuk gerak eversi - inversi R 30° - 0° - 15° didapatkan penurunan $5-10^{\circ}$ dari sudut normal. Pada fraktur *ante brachii* luas gerak sendi *elbow* normal, pada gerak *fleksi* adalah S 0-0-145 (N: S 0-0-145), luas gerak sendi pergelangan tangan terbatas, pada gerak *fleksi-ekstensi* S 30-0-40 didapatkan penurunan 20° dari sudut normal, *radial deviation (abduction)* dan *ulnar deviation (adduction)* F 15-0-25 didapatkan penurunan 5° dari sudut normal, MCP I normal S 0-0-60 dan IPP normal S 0-0-65 semua hal ini disebabkan oleh adanya kerusakan pada sistem muskuloskeletal.

Berdasarkan pengkajian diatas, maka masalah yang paling menonjol adalah hambatan mobilitas fisik. Nyeri berada pada urutan kedua karena pada dasarnya nyeri adalah hal yang wajar yang dirasakan, disamping itu nyeri berada pada skala 4 (sedang). Pada diagnosis keperawatan ini diberikan intervensi berupa mengajarkan teknik ROM aktif dan pasif. Penatalaksanaan ROM inipun disesuaikan dengan keadaan pasien.

Kasus pertama, ROM pasif yang dilakukan adalah mengatur posisi pasien terlentang, rotasikan kedua pergelangan kaki membentuk lingkaran penuh, lakukan dorsofleksi dan flantar fleksi secara bergantian pada kedua kaki klien, lanjutkan latihan dengan melakukan fleksi dan ekstensi lutut secara bergantian, mengangkat kedua telapak kaki klien secara tegak lurus dari permukaan tempat tidur secara bergantian. ROM aktif yang dilakukan adalah mengajarkan pasien berjalan pada tiga titik dengan kruk axilla pembantu berjalan standart, kaki tidak boleh menyentuh lantai pasien berada pada tahapan ambulasi *non weight bearing* (0% dari beban tubuh). Pada kasus kedua, ROM yang dilakukan adalah dengan menekuk dan meluruskan sendi bahu dan siku, memutar, menekuk dan meluruskan pergelangan tangan jari-jari tangan. Pada kasus ketiga, ROM yang dilakukan adalah dengan menganjurkan pasien untuk melakukan semua aktivitas secara normal atau biasa bila nyeri sudah berkurang atau hilang (istirahat saat nyeri terasa).

Tindakan diatas berdasarkan pada penelitian oleh Kristiantari (2009), yang mengatakan bahwa setelah 3-4 hari pasien post operasi fraktur femur harus mampu meninggalkan tempat tidur jika pasien terlalu selalu takut untuk melakukan mobilisasi maka proses penyembuhan akan lama jadi untuk mengatasi hal ini peran perawat sangat di butuhkan agar pasien mau dan tidak menolak untuk melakukan mobilisasi. Mobilisasi dasar dapat di mulai melalui bantu pasien melakukan rentang gerak sendi (ROM pasif), minta pasien untuk melakukan rentang gerak sendi secara mandiri (ROM aktif) dan rentang gerak fungsional tindakan ini berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan. Pasien dapat berjalan menggunakan alat bantu pin, sekrup dan batang yang di gunakan sebagai fiksasi interna di rancang untuk dapat mempertahankan posisi tulang sampai

terjadi penulangan. Alat-alat tersebut di rancang tidak untuk menahan berat badan dan dapat melengkung, longgar, patah bilah mendapat beban stres.

Berdasarkan ketiga kasus diatas, mobilisasi merupakan suatu intervensi mutlak bagi pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal, hal ini untuk menghindari komplikasi yang bisa muncul karena imobilisasi yang lama. Mobilisasi yang diajarkan kepada pasien juga disesuaikan dengan jenis gangguan yang dialami.

Menurut Suddarth & Brunner (2002) latihan ini di lakukan untuk mengurangi efek imobilisasi pada pasien di lakukan ROM pasif dengan latihan isometrik otot-otot di bagian yang di imobilisasi latihan kuadrisep dan latihan gluteal dapat membantu mempertahankan kelompok otot besar yang penting untuk berjalan.

Latihan aktif dan beban berat badan pada bagian tubuh yang tidak mengalami cedera dapat mencegah terjadinya atrofi otot. Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif sedangkan latihan ROM aktif untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif(Wibawani, Hubungan Antara Lingkup Gerak Sendi Fleksi Ekstensi Shoulder Terhadap Umur, 2005).

Pelaksanaan dari semua intervensi tentang ROM ini sedikit mengalami hambatan karena pasien yang sulit untuk mentoleransi nyeri yang muncul karena gerakan-gerakan pasif dan aktif yang dilakukan. Tetapi pada akhirnya dengan usaha dan motivasi yang diberikan, pasien mampu melakukan dan mendemonstrasikan gerakan-gerakan ROM aktif dan pasif. Keluhan nyeri muncul terutama saat mobilisasi walaupun terkadang nyeri juga dirasakan pada keadaan diam. Masalah nyeri yang dihadapi oleh pasien, bila tidak ditangani dengan serius, akan berpengaruh terhadap penyembuhan luka dan tulang pasien.

Berdasarkan hasil penelitian tentang teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologis. Penerapan teknik ini didasari oleh penelitian yang dilakukan oleh Artini (2009) yang berjudul pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pasca

operasi Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Penelitian ini menghasilkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pasca operasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Teknik yang kedua adalah dengan mengajari keluarga cara memberikan stimulasi kinestetik yaitu dengan memberikan gerakan yang rileks pada daerah yang luka, atau terganggu. Hal ini berdasarkan dengan teori tentang mekanisme penurunan nyeri oleh gerakan *rileks passive movement* yaitu pemberian stimulasi kinestetik berupa gerakan rileks pasif movement yang murni berasal dari luar atau terapis tanpa disertai gerakan dari anggota tubuh pasien akan merangsang *muscle spindle* dan organ tendo golgi dalam pengaturan motorik, fungsi dari *muscle spindle* adalah mendeteksi perubahan panjang serabut otot, mendeteksi kecepatan perubahan panjang otot, sedangkan fungsi dari organ tendo golgi adalah mendeteksi ketegangan yang bekerja pada tendo golgi saat otot berkontraksi (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil evaluasi pada ke tiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik, analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien adalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan pada saat pasien mau pulang adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah diajarkan oleh perawat dirumah agar tidak terjadi kontraktur.

J. Contoh Kasus *Low Back Pain*

1. Pengkajian

Pasien I, Nn.E, 16thn, Jawa, Islam, SMA, Diagnosis medis *Low Back Pain*, Klien mengatakan sejak \pm 1 minggu yang lalu merasakan nyeri pinggang kiri menjalar sampai lutut,, riwayat trauma tidak ada. Klien dibawa oleh keluarganya untuk memeriksakan penyakitnya ke Puskesmas kemudian pasien dirujuk ke RSD dr. Soebandi Jember. Di Rumah Sakit hasil pemeriksaan GSS:456, keadaan umum cukup, Nadi: 80x/menit, Tekanan Darah 120/80 mmHg, Frekuensi Pernapasan: 20x/ menit, CRT < 2 detik, akral hangat, Status Lokalis; postur normal, cara jalan pincang, gangguan

keseimbangan (gait), nyeri tekan, kekuatan otot ekstremitas atas normal, ekstremitas bawah kanan normal sedang yang kiri terjadi penurunan pada sendi pelvis dengan nilai 4. Hasil foto lumbosacral : para lumbal muscle spasme, tidak ada tanda – tanda fraktur, advis dokter konsul fisioterapi.

Pasien II, Ny. Y, 57thn, Madura, Islam, SMP, Diagnosis medis LBP, Klien mengatakan nyeri pinggang menjalar ke kaki kiri sejak 6 bulan yang lalu sebelumnya pasien pernah jatuh dengan posisi duduk sejak saat itu pasien mengeluh nyeri dan bila berjalan pincang. Upaya yang pernah dilakukan pasien adalah pijat tetapi pasien merasa tidak ada perbaikan, kemudian pada hari kamis 7 Maret 2014 pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember periksa di poli Orthopedi, hasil pemeriksaan GCS:456, keadaan umum cukup, Nadi: 80 x/ menit, Tekanan Darah 140/90 mmHg, pasien tidak menggunakan alat bantu, Status lokalis postur normal, terdapat nyeri tekan pada daerah lumbal, cara jalan pasien pincang, luas gerak sendi terbatas, kekuatan otot normal, hasil foto lumbosacral: spondilosis lumbalis, unstable lumbosacral joint, advis dokter foto MRI lumbosacral, konsul saraf, terapi meloxicam 0,75 mg 2 x 1, ranitidine 200 mg 2 x 1.

Pasien III, Tn E, 52thn, Jawa, Islam, SD, Diagnosis Low Back Pain, Jam 10.00 wib klien diantar oleh keluarga dengan keluhan nyeri di punggung sampai ke kaki kanan. Riwayat penyakit sekarang; sejak 1 bulan yang lalu nyeri pada punggung sampai menjalar ke kaki kanan nyeri semakin bertambah jika dibuat aktivitas kemudian pijat tapi setelah pijat daerah yang dipijat semakin bengkak dan nyeri kemudian dibawa ke poli Orthopedi dan Traumatology RSD. dr. Soebandi. Riwayat penyakit dahulu ; pasien sereing mengangkat beban berat, memindahkan padi disawah dengan punggungnya. Hasil pemeriksaan GCS:456, keadaan umum cukup, tekanan darah 130/90 mmhg, Denyut Nadi: 84x/ Mnt, CRT < 2 detik, akral hangat. Fokus pengkajian status lokalis, postur normal, feel nyeri skala 3, jalan pasien pincang, luas gerak sendi terbatas, *neurovascular Ass. Of Upper and Lower Extremity* normal, *Manual Muscle Test* ektermitas atas normal, ektermitas bawah kiri normal, kanan 44555. Hasil foto lumbosacral spondilolistesis lumbal 3-4, advis dokter MRI.

2. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Pada pasien I Nn. E, diagnosis keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan musculoskeletal.

Pada pasien II Ny. Y, diagnosis keperawatan yang muncul adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, spasme otot dan berkurangnya kelenturan.

Pada pasien III Tn. E, diagnosis keperawatan yang muncul adalah Ketidakefektifan regimen terapeutik tentang pengobatan yang ditandai dengan berobat ke tukang pijat., nyeri akut berhubungan dengan musculoskeletal, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan spasme otot dan hilangnya kelenturan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien I dengan masalah Nyeri akut berhubungan dengan musculoskeletal. Adalah anjarkan teknik rileksasi (nafas dalam dan kompres hangat, kaji nyeri dengan teknik PQRST. kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien II dengan masalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, spasme otot dan berkurangnya kelenturan, adalah dengan manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak (ajarkan dan demontrasikan cara menggunakan alat bantu gerak, ajarkan teknik ROM pasif – aktif sesuai indikasi, ajarkan cara mengubah posisi), tingkatkan aktifitas sesuai toleransi, bantu melakukan latihan rentang gerak sendi pasif/aktif.Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien III dengan masalah Ketidakefektifan regimen terapeutik tentang pengobatan adalah; manajemen penkes modifikasi perilaku (kaji tindakan yang sudah dilakukan pasien (contoh pergi kealternatif/tukang pijat), beri informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, motivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan pasien I, untuk masalah keperawatan (Nyeri) yaitu mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien (3), mengajarkan teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam, serta berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Tindakan keperawatan pasien II yaitu untuk masalah keperawatan (hambatan mobilitas fisik) adalah mengajarkan dan mendemonstrasikan penggunaan alat bantu gerak, mengajarkan cara merubah posisi, menganjurkan keluarga untuk membatasi aktivitas klien (jangan mengangkat benda yang berat, hindarkan duduk atau membungkuk terlalu lama, bantu meningkatkan aktifitas sesuai toleransi, membantu melakukan latihan rentang gerak sendi pasif/aktif. Tindakan keperawatan pasien III yaitu untuk masalah keperawatan Ketidakefektifan regimen terapeutik tentang pengobatan adalah; memberikan penkes modifikasi perilaku (mengkaji tindakan yang sudah dilakukan pasien pergi ke tukang pijat), memberi informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, menganjurkan pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi pada pasien I untuk masalah keperawatan nyeri akut, pasien mampu mendemonstrasikan cara mengurangi nyeri dengan menarik nafas dalam, pasien dianjurkan untuk banyak istirahat. Hasil evaluasi pada pasien II dengan masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik pasien mampu melakukan ROM pasif – aktif, pasien mampu mengubah posisi dengan benar. Hasil evaluasi pada pasien III dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan regimen terapeutik tentang pengobatan; pasien meyakini bahwa dengan pijat adalah terapi yang kurang tepat. Melakukan kunjungan ulang dan minum obat secara teratur, mampu mengenal tanda dan gejala komplikasi.

K. Daftar pustaka

- Brunner, & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. USA: Mosby.
- Carpenito, L. J. (1994). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. (2009). *Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kristiantari, R. (2009). *Penatalaksanaan Terapi Latihan Pada Kondisi Post Operasi Fraktur Femur 1/3 Distal Dextra dengan Pemasangan Plate and Screw*. Surakarta: UMS.
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: FKUI.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. USA: Mosby.
- Muttaqin. (Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal). 2008l. Jakarta: EGC.
- Ningsih, N. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Price, & Wilson. (2005). *Patofisiologi: Konsep Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Reeves. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2002). *Medical Surgical for Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Shodikin, (2014). *Pelatihan Ambulasi Bagi Perawat Unit Rawat Jalan., RSU dr Soebandi Jember. Jember: 26 Pebruari 2014.*
- Wibawani, W. B. (2005). *Hubungan Antara Lingkup Gerak Sendi Fleksi Ekstensi Shoulder Terhadap Umur*. Surakarta: UMS.

BAB III

KURANG PENGETAHUAN

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang diagnosis kurang pengetahuan dan khususnya pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan

Kemampuan kerja:

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada masalah kurang pengetahuan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan pada masalah kurang pengetahuan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian kurang pengetahuan
2. Membedakan batasan karakteristik kurang pengetahuan
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhi kurang pengetahuan
4. Menjelaskan kasus orthopedi dan traumatologi yang berkaitan dengan kurang pengetahuan
5. Menguraikan pathway kurang pengetahuan berkaitan dengan kasus orthopedi dan traumatologi
6. Menjelaskan NIC kurang pengetahuan
7. Melakukan pengkajian kurang pengetahuan dalam asuhan pada klien

8. Menegakkan diagnosis keperawatan kurang pengetahuan dalam asuhan pada klien
9. Menyusun klasifikasi intervensi keperawatan kurang pengetahuan
10. Melaksanakan tindakan keperawatan kurang pengetahuan
11. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan kurang pengetahuan

A. Pengertian

Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif berhubungan dengan topik tertentu (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

B. Batasan Karakteristik

1. Perilaku: diet sehat, aktivitas yang diajarkan, diet yang dianjurkan, obat yang diresepkan
2. Motivasi
3. Level agitasi
4. Partisipasi dalam keputusan pemeliharaan kesehatan
(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

C. Faktor Yang Memengaruhi

1. Pemikiran yang abstrak
2. Kepuasan pasien: dalam hal pengajaran/ penyuluhan
3. Kesadaran
4. Komunikasi: terbuka, mau menerima
5. Konsentrasi
6. Level delirium
7. Level demensia
8. Proses informasi
9. Memori/ingatan
10. Motivasi
(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Kurang Pengetahuan Pada *Degloving of Hand*

1. Definisi

Adalah suatu keadaan dimana jaringan kulit dan subkutis tersobek secara paksa dari dasarnya yang berupa fascia sebagai akibat trauma keras dan mendadak/*shearing force* (Perdanakusuma, 2006).

2. Etiologi

- a. Trauma benda tajam
- b. Kecelakaan lalu lintas
- c. Trauma listrik
- d. Kecelakaan karena mesin
- e. Luka bakar

3. Klasifikasi Degloving

a. *Complete*

Suatu keadaan dimana kulit tersobek atau hilang secara keseluruhan

b. *Partial*

Suatu keadaan dimana masih ada beberapa permukaan yang tertutup kulit (tidak keseluruhan terlepas dan hilang)

4. Klasifikasi Degloving Pada Tangan

- a. Seluruh tangan/*total hand*, meliputi telapak tangan dan jari-jari



- b. Telapak tangan



- c. *Dorsum*/punggung tangan
- d. *Multiple finger*
- e. Ibu jari

f. *Single finger*

g. Lengan

5. Pemeriksaan

a. Pemeriksaan kondisi umum pasien

b. Keadaan luka, apakah mengancam jiwa atau tidak

c. Adanya luka yang lain yang serius

d. Pemeriksaan kulit yang luka serta area kulit yang akan menjadi donor

e. Jumlah kulit yang hilang

f. Pergerakan/ *Range of Motion*

6. Manajemen penatalaksanaan

a. *Replantation*



b. *Revascularitation*

Adalah upaya memperbaiki vaskularisasi dengan cara *arterial anastomosis*, *venous anastomosis* atau kedua-duanya



c. *Skin graft*

d. Amputasi

e. *Skin flap*

Suatu unit jaringan yang dipindahkan dari satu area (*donor site*) ke area yang lain (*recipient site*) dengan masih mempertahankan sistem aliran darahnya sendiri (Charles, Robert, & Aston, 2007)

7. Penatalaksanaan post operasi

Evaluasi keadaan tangan dan pergerakannya

Masase dengan menggunakan alat untuk melembutkan *scar* yang terbentuk

Mobilisasi aktif dan pasif pada tangan, termasuk jari-jari

Pembidaian untuk menghindari kontraktur (R & G, 2011).

8. Asuhan keperawatan

a. Pengkajian

a. Riwayat Penderita

- a) Biodata & Jenis pekerjaan
- b) Keluhan Utama Pasien
- c) Riwayat Penyakit Dahulu
- d) Riwayat Penyakit Sekarang

2) Riwayat Sebelum Sakit (operasi, trauma, pengobatan)

3) Riwayat Keluarga

4) Psikososial ; dampak sosial akibat cedera.

b. Keluhan Utama

- 1) Trauma
- 2) Nyeri
- 3) Kekakuan Sendi
- 4) Pembengkakan
- 5) Deformitas
- 6) Instabilitas Sendi
- 7) Kelemahan otot
- 8) Gangguan sensibilitas
- 9) Gangguan dan hilang fungsi
- 10) Gangguan jalan

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pengkajian Luka, meliputi:

- a) Type luka (akut atau kronik)
- b) Type Penyembuhan
 - Primary Intention, Jika terdapat kehilangan jaringan minimal dan kedua tepi luka dirapatkan baik dengan suture (jahitan), clips atau tape (plester). Jaringan parut yang dihasilkan minimal
 - Delayed Primary Intention, Jika luka terinfeksi atau mengandung benda asing dan membutuhkan pembersihan

intensif, selanjutnya ditutup secara primer pada 3-5 hari kemudian

- Secondary Intention,. Penyembuhan luka terlambat dan terjadi melalui proses granulasi, kontraksi dan epithelization. Jaringan parut cukup luas.
- Skin Graft, Skin graft tipis dan tebal digunakan untuk mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi risiko infeksi.

2) Flap, Pembedahan relokasi kulit dan jaringan subcutan pada luka yang berasal dari jaringan terdekat.
Kehilangan jaringan

- Superfisial. Luka sebatas epidermis.
- Parsial (Partial thickness). Luka meliputi epidermis dan dermis.
- Penuh (Full thickness). Luka meliputi epidermis, dermis dan jaringan subcutan. Mungkin juga melibatkan otot, tendon dan tulang. Atau dapat juga digambarkan melalui beberapa stadium luka (Stadium I – IV).
 - ✓ Stage I: Lapisan epidermis utuh, namun terdapat erithema atau perubahan warna.
 - ✓ Stage II: Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Erithema di jaringan sekitar yang nyeri, panas dan edema. Exudate sedikit sampai sedang mungkin ada.
 - ✓ Stage III: Kehilangan sampai dengan jaringan subcutan, dengan terbentuknya rongga (cavity), terdapat exudate sedang sampai banyak.
 - ✓ Stage IV: Hilangnya jaringan subcutan dengan terbentuknya (cavity), yang melibatkan otot, tendon dan/atau tulang. Terdapat exudate sedang sampai banyak.

3) Penampilan klinis

- Hitam atau Nekrotik yaitu eschar yang mengeras dan nekrotik, mungkin kering atau lembab.
- Kuning atau Sloughy yaitu jaringan mati yang fibrous, kuning dan slough.
- Merah atau Granulasi yaitu jaringan granulasi sehat.
- Pink atau Epithellating yaitu terjadi epitelisasi.
- Kehijauan atau terinfeksi yaitu terdapat tanda-tanda klinis infeksi seperti nyeri, panas, bengkak, kemerahan dan peningkatan exudate.

4) Lokasi

Lokasi atau posisi luka, dihubungkan dengan posisi anatomis tubuh dan mudah dikenali di dokumentasikan sebagai referensi utama. Lokasi luka mempengaruhi waktu penyembuhan luka dan jenis perawatan yang diberikan. Lokasi luka di area persendian cenderung bergerak dan tergesek, mungkin lebih lambat sembuh karena regenerasi dan migrasi sel terkena trauma (siku, lutut, kaki). Area yang rentan oleh tekanan atau gaya lipatan (*shear force*) akan lambat sembuh (pinggul, bokong), sedangkan penyembuhan meningkat di area dengan vaskularisasi baik (wajah).

5) Ukuran Luka

Dimensi ukuran meliputi ukuran panjang, lebar, kedalaman atau diameter (lingkaran).

6) Eksudasi

Meliputi jumlah, warna dan bau

7) Kulit sekitar luka

- Inspeksi dan palpasi kulit sekitar luka akan menentukan apakah ada sellulitis, edema, benda asing, ekzema, dermatitis kontak atau maserasi. Vaskularisasi jaringan sekitar dikaji dan batas-batasnya dicatat. Catat warna, kehangatan dan waktu pengisian kapiler jika luka mendapatkan penekanan

atau kompresi. Nadi dipalpasi terutama saat mengkaji luka di tungkai bawah. Penting untuk memeriksa tepi luka terhadap ada tidaknya epitelisasi dan/atau kontraksi.

8) Nyeri

Terkait dengan nyeri karena luka atau karena hal lainnya

9) Infeksi luka

10) Implikasi psikososial

Efek psikososial dapat berkembang luas dari pengalaman perlukaan dan hadirnya luka. Kebijakan dan pertimbangan harus digunakan dalam pengkajian terhadap masalah potensial atau aktual yang berpengaruh kuat terhadap pasien dan perawatnya dalam kaitannya terhadap;

- Harga diri dan Citra diri
- Perubahan fungsi tubuh
- Pemulihan dan rehabilitasi
- Issue kualitas hidup
- Peran keluarga dan social
- Status finansial

11) Pemeriksaan fraktur difokuskan pada otot, sendi dan tulang, dengan metode *Look, Feel and Move*.

a) Otot

- *Look* (inspeksi)

Ukuran otot, misal: otot lengan, paha bandingkan dengan sisi yang lain apakah ada atropi dan hipertropi. Ukur keduanya dengan meteran.

Apakah ada mal posisi pada tubuh, apakah ada tremor dan spastik.

- *Feel* (palpasi)

Suhu kulit apakah panas, dingin daribiasanya. Apakah denyutan arteri dapat diraba atau tidak. Jaringan lunak: adanya spasme otot, atrofi otot, adanya tumor. Nyeri tekan: lokasi nyeri.

- *Move* (pergerakan)
Nilai kekuatan otot dengan 6 Level (*manual muscle test*)

Nilai luas rentang gerak sendi (ROM)

b) Sendi

- *Look*(inspeksi)
Apakah ada pembengkakan, panas dan nyeri
- *Feel* (palpasi)
Apakah ada edema, nyeri, krepitasi dan adanya nodul.
- *Move*(pergerakan)

Kaji rentang gerak sendi (ROM)

c) Tulang

- *Look*(inspeksi)
Amati bentuk tulang, apakah ada deformitas. Cara berjalan, membungkuk dan berdiri atau adanya shortening.
- *Feel* (palpasi)
Apakah ada benjolan, nyeri dan krepitasi
- *Move*(pergerakan)
Perhatikan gerakan aktif dan pasif pada saat melakukan *Range of Motion* /Luas Gerak Sendi.

b. Diagnosis keperawatan

- 1) Nyeri akut
- 2) Kerusakan integritas kulit
- 3) Hambatan mobilitas fisik
- 4) Kurang pengetahuan
- 5) Ansietas
- 6) Risiko infeksi

c. Intervensi

Intervensi pada diagnosis kurang pengetahuan prinsipnya adalah pemberian pendidikan kesehatan.

d. Implementasi

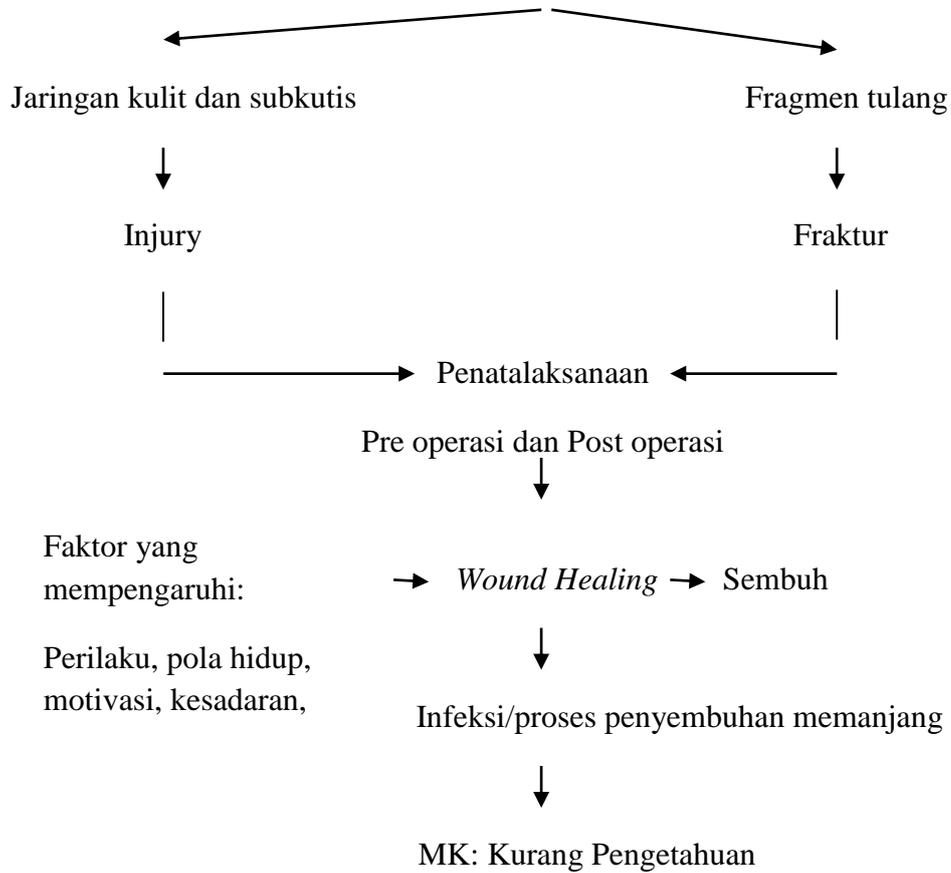
Pelaksanaan dari intervensi yang ada disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat pada rencana tindakan.

e. Evaluasi

Evaluasi dari semua tindakan yang dilakukan didokumentasikan dengan SOAP, sesuai dengan data obyektif dan subyektif yang ditemukan di pasien.

E. Pathway Kurang Pengetahuan Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi

Trauma benda tajam, kecelakaan lalu lintas, trauma listrik, kecelakaan karena mesin, luka bakar



(Soekidjo, 2003); (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

F. NIC Kurang Pengetahuan Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi

1. Fasilitas pembelajaran
2. Pendidikan kesehatan tentang:
 - a. Proses penyakit
 - b. Perawatan luka
 - c. Diet yang sehat
 - d. Latihan yang tepat
 - e. Pengobatan yang tepat
 - f. Kebutuhan seksualitas

3. Mencegah cedera/jatuh
 4. Manajemen nutrisi
 5. Manajemen nyeri
 6. Manajemen pengaturan berat badan
- (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013).

G. Contoh Kasus

1. Kasus I

Anak F, umur 15 tahun, jenis kelamin laki-laki, Tgl/Jam kunjungan ; 05-03-2014, suku Madura/Indonesia, masih sekolah SD, Agama Islam alamat Bondowoso. Diagnosis Medis: close Fr. Antebrachii Sinistra. Klien mengatakan bahwa dari 10 hari yang lalu klien terjatuh terseret sepeda motor disekolah dengan posisi jatuh miring kiri dengan tangan kiri yang terbentur batu, dibawa ke sangkal putung dan menjalani terapi selama 1 minggu, kemudian tidak ada perkembangan, lalu dibawa ke rumah sakit RSD. Dr. Soebandi Jember, klien merasa kurang percaya diri, takut terjadi sesuatu pada dirinya, dan merasa tidak nyaman. Klien bertanya tanya pada ibunya, tetapi ibunya juga tidak mempunyai jawaban yang pasti.

Keadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah bersahabat dan mau menerima kehadiran kita. **Tanda-tanda Vital;** suhu 36°C , tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 88 x/mnt, Respirasi 20 x/mnt. TB/BB : 122/28 Kg. **Fokus pengkajian Status Lokalis ;** posture normal, **Look ;** sikatrik (-), fistula (-), haematom (-), deformitas (+) LLD (-). **Feel ;** perubahan suhu tubuh (+), nyeri (5). **Move ;** terbatas, saat menggerakkan tangan kiri klien meringis kesakitan klien . **Ekstremitas;** CRT < 2 detik, kekuatan otot 5, tidak ada edema. **Integumen;** warna sawo matang, elastisitas kulit baik. Tidak ada gangguan pada *Manual Muscle Test*.

Riwayat Psikologi; klien merasa cepat lelah, menggunakan obat penenang (-). **Spiritual;** mampu melakukan kegiatan ibadah, memahami nilai agama. **Penilaian Budaya:** mempercayai pengobatan sangkal putung. **Catatan:** Klien menghindari makan kacang dan telur karena takut lukanya tidak segera

kering dan tulangnya tidak menyambung lagi. Pihak sangkal putung juga mengajurkan hal yang sama

Diagnosis Keperawatan:

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit.

Intervensi dan implementasi:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit, meliputi hal terkait, seperti: Perawatan luka, diet yang sehat, latihan/ROM yang tepat, pengobatan yang tepat, kebutuhan seksualitas.
- b. Mencegah cedera/jatuh
- c. Manajemen nutrisi dengan menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dan vitamin (telur, daging, ikan, buah, susu)
- d. Manajemen nyeri dengan mengajarkan teknik nafas dalam dan memberikan stimulasi kutan

Evaluasi:

S: Klien dan keluarga mengatakan puas telah mendapat jawaban dan pengarahan yang banyak terkait penyakit yang diderita oleh klien.

O: Klien dan keluarga tampak lega, bersemangat untuk bisa segera sembuh, terlibat aktif dalam diskusi pada saat diberikan penyuluhan

A: Masalah teratasi

P: Klien pulang, lanjutkan intervensi yang telah diajarkan dirumah.

2. KASUS II

Nyonya H, umur 43 tahun, , RM, 00 95 43, Tgl/Jam kunjungan ; 05-03-2014 seorang ibu rumah tangga, suku Madura/Indonesia, Agama Islam, alamat Jember. Diagnosis medis: Open Fraktur Cruris sinistra post OREF + Degloving. Pasien mengatakan, bahwa kurang lebih 1 bulan yang lalu pasien mengalami KLL naik sepeda motor terseret BIS hingga terjatuh dan kaki luka dan perdarahan banyak dibawa ke PKM kemudian rujuk ke RSD dr Soebandi Jember mulai terasa nyeri dan semakin nyeri pada kaki kirinya saat dibuat

berjalan dan beraktivitas dan sering terasa kesemutan, klien memiliki riwayat berobat ke puskesmas terdekat tetapi masih belum ada hasil yang lebih baik sehingga pada tanggal 05-03-2014 klien berangkat berobat ke rumah sakit RSD. dr. Soebandi khususnya dipoli Orthopedi jember, untuk mendapat pengobatan lebih lanjut.

Kedadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah bersahabat dan mau menerima kehadiran kita. **Tanda-tanda Vital;** suhu 36°C , tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 84 x/mnt, Respirasi 20 x/mnt. TB/BB: 145/48 Kg. **Fokus pengkajian Status Lokalis;** posture normal, **Look;** sikatrik (+) fistula (+), haematom (-), deformitas (+) LLD (-). **Feel ;** perubahan suhu tubuh (+), nyeri (5). **Move;** terbatas, jalan klien menyeret . **Ekstremitas;** CRT < 2 detik, tidak ada varises, kekuatan otot 5, tidak ada edema. **Integumen;** warna kemerahan, elastisitas kulit menurun. Luas gerak sendi terbatas.

Riwayat Psikologi; klien merasa cepat lelah, menggunakan obat penenang (-). **Spiritual;** mampu melakukan kegiatan ibadah, memahami nilai agama. **Penilaian Budaya:** mempercayai sebagian dari pengobatan sangkal putung, klien melakukan perawatan luka dengan cara tradisional, yaitu dengan menggunakan kunyit yang diparut dan diletakkan diseluruh permukaan luka. Menurut klien dan keluarga, dalam segi makanan juga tidak boleh mengkonsumsi ayam, telur dan kacang-kacangan.

Diagnosis Keperawatan:

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit.

Intervensi dan implementasi:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit, meliputi hal terkait, seperti: Perawatan luka, diet yang sehat, latihan/ROM yang tepat, pengobatan yang tepat, kebutuhan seksualitas.
- b. Mencegah cidera/jatuh dengan mengajarkan cara menggunakan kruk yang benar

- c. Manajemen nutrisi dengan menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dan vitamin (telur, daging, ikan, buah, susu)
- d. Manajemen nyeri dengan mengajarkan teknik nafas dalam dan memberikan stimulasi kutan

Evaluasi:

S: Klien dan keluarga mengatakan puas telah mendapat jawaban dan pengarahan yang banyak terkait penyakit yang diderita oleh klien.

O: Klien dan keluarga tampak lega, bersemangat untuk bisa segera sembuh, terlibat aktif dalam diskusi pada saat diberikan penyuluhan

A: Masalah teratasi

P: Klien pulang, lanjutkan intervensi yang telah diajarkan dirumah.

3. Kasus III:

Tn Budi, Santoso umur 29 tahun, , RM, 01 33 28, Tgl/Jam kunjungan ; 02-03-2014 seorang laki yang sudah berkeluarga punya anak 2, suku Madura/Indonesia, Agama Islam, alamat Bangsalsari. Klien seorang pekerja bangunan.Dx. Medis : *Skin loss* regio digiti I manus sinistra post *groin flap*.

Klien mengatakan luka dijarinya tidak kunjung sembuh, dan cenderung basah.Riwayat penyakit sekarang: klien post *groin flap* satu bulan yang lalu.Riwayat penyakit dahulu: klien tidak pernah menderita penyakit apapun, tidak ada penyakit keturunan.Riwayat psikologis: klien takut dengan kondisi fisiknya, yang pastinya akan berpengaruh dengan pekerjaan dan ekonomi keluarga.Riwayat budaya: klien tidak pernah berobat ke alternatif/sangkal putung.

Keadaan umum; baik, kesadaran compos mentis, wajah bersahabat dan mau menerima kehadiran kita. **Tanda-tanda Vital;** suhu 36⁷ °C, tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 84 x/mnt, Respirasi 20 x/mnt. TB/BB : 170/58 Kg. **Fokus pengkajian Status Lokalis ;** posture normal, **Look;** sikatrik (-),fistula (-), haematom (+), deformitas (+) LLD (-). **Feel;** perubahan suhu

tubuh (+), nyeri (+). **Move:**bebas, tapi dengan rasa nyeri.**Keadaan luka:** bersih, serous, tidak ada pus, warna merah, mulai ada granulasi, nyeri sedang.

Diagnosis Keperawatan:

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit.

Intervensi dan implementasi:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan tentang proses penyembuhan penyakit, meliputi hal terkait, seperti: Perawatan luka, diet yang sehat, latihan/ROM yang tepat, pengobatan yang tepat.
- b. Manajemen nutrisi dengan menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein dan vitamin (telur, daging, ikan, buah, susu)
- c. Manajemen nyeri dengan mengajarkan teknik nafas dalam dan memberikan stimulasi kutan

Evaluasi:

S: Klien dan keluarga mengatakan puas telah mendapat jawaban dan pengarahan yang banyak terkait penyakit yang diderita oleh klien.

O: Klien dan keluarga tampak lega, bersemangat untuk bisa segera sembuh, terlibat aktif dalam diskusi pada saat diberikan penyuluhan

A: Masalah teratasi

P: Klien pulang, lanjutkan intervensi yang telah diajarkan dirumah.

4. Pembahasan

Kondisi fraktur merupakan kondisi dimana klien akan dihadapkan pada beberapa masalah terkait dengan banyak faktor, salah satunya adalah budaya. Terlepas dari latar belakang pendidikan seseorang, budaya menjalani pengobatan alternatif menjadi suatu hal yang tidak asing lagi. Ketakutan pasien terhadap meja operasi sekaligus biaya yang harus dikeluarkan juga menjadi alasan kenapa terapi alternatif masih juga diminati oleh banyak kalangan.

Pada pengkajian keluhan utama, data yang didapatkan adalah pertanyaan pasien dan keluarga terkait dengan fraktur atau penyembuhan luka yang lama. Saat dikaji tentang pola nutrisi dari ketiga kasus diatas, semuanya masih beranggapan bahwa makanan-makanan sumber protein akan memperlambat penyembuhan. Kunjungan pasien kali ini bukanlah kunjungan yang pertama kalinya, dan pasien mestinya sudah mendapatkan penyuluhan tentang bagaimana diet yang seharusnya. Tetapi pengetahuan yang didapat oleh pasien dan keluarga belum dilaksanakan dalam bentuk perilaku diet yang benar.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Tetapi, perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi (Soekidjo, 2003).

Pengetahuan pasien dan keluarga terhadap proses penyembuhan penyakit, masih berada pada domain kognitif kedua, yaitu memahami. Pasien dan keluarga mampu untuk menjelaskan kembali secara benar tentang materi penyuluhan nutrisi seimbang yang telah diberikan. Pasien dan keluarga belum masuk pada tahapan aplikasi, karena pada kenyataannya pasien masih menghindari sumber protein sehingga masa penyembuhanpun menjadi memanjang.

Pada pengkajian riwayat budaya, ketiga pasien mengakui memilih terapi alternatif terlebih dahulu baru kemudian pergi ke rumah sakit. Saat ditanya tentang nutrisi, pasien juga mengatakan masih menghindari makanan-makanan yang menjadi sumber protein. Pada perawatan luka juga masih menggunakan bahan tradisional yang penatalaksanaannya masih kurang tepat.

Hasil dari pengkajian, muncul sebuah diagnosis kurang pengetahuan. Secara prioritas, mungkin diagnosis ini bukan menjadi urutan pertama, tetapi penulis tertarik untuk membahasnya karena ternyata pengetahuan memiliki

beberapa domain, sehingga tidak semua dan tidak selalu pengetahuan yang tinggi sebanding dengan perilaku.

Pada kasus pertama, *health education* yang diberikan adalah pendidikan kesehatan tentang pentingnya diet yang tepat. Dalam hal ini penulis menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein seperti telur, daging, susu, ikan laut, sayuran berwarna hijau dan buah-buahan dengan vitamin C yang banyak, seperti jeruk, jambu biji dan sirsak. Seperti yang telah diketahui bahwa kebutuhan nutrisi dan nutrien pada orang sakit lebih banyak dari pada orang sehat, karenanya harus ditingkatkan baik dari segi kualitas dan kuantitasnya.

Pendidikan kesehatan selanjutnya adalah tentang perawatan luka. Dalam hal ini perlu mengajarkan pasien tentang perawatan luka yang tepat. Tentang pentingnya luka untuk tidak diberi materi-materi yang malah akan membuat luka menjadi kotor dan terinfeksi, seperti menaburkan parutan kunyit, kapur dan pinang, pelepah pisang, dll. Penulis juga memberitahu kepada pasien ciri-ciri luka yang semakin lama semakin baik. Ciri-ciri luka terinfeksi dan apa yang harus dilakukan.

Pendidikan kesehatan tentang pentingnya mobilisasi juga tak kalah penting mengingat pentingnya vaskularisasi, terutama pada daerah yang mengalami trauma atau terluka. Pemahaman terhadap betapa pentingnya ketaatan pada pengobatan meliputi kontrol yang sesuai jadwal dan penggunaan obat yang tepat dan benar akan meningkatkan keberhasilan dalam penyembuhan luka.

H. Daftar Pustaka

Charles, H., Robert, W., & Aston, S. J. (2007). *Plastic Surgery*. Philadelphia: Lippincott.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification*. USA: Mosby.

Perdanakusuma, D. S. (2006). Degloving Injury. *Majalah Berkala Prokolega*, 3.
R, K., & G, K. (2011). Degloving Injuries of The Hand. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 9.

Soekidjo, N. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.

BAB IV

KETIDAKEFEKTIFAN REGIMEN TERAPEUTIK

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang ketidakefektifan regimen terapiutik dan khususnya pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan

Kemampuan kerja:

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada ketidakefektifan regimen terapiutik yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan pada ketidakefektifan regimen terapiutik sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian ketidakefektifan regimen terapiutik
2. Membedakan batasan karakteristik ketidakefektifan regimen terapiutik
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhi ketidakefektifan regimen terapiutik
4. Menjelaskan kasus orthopedi dan traumatologi yang berkaitan dengan ketidakefektifan regimen terapiutik
5. Menguraikan pathway ketidakefektifan regimen terapiutik berkaitan dengan kasus orthopedi dan traumatologi
6. Menjelaskan NIC ketidakefektifan regimen terapiutik

7. Melakukan pengkajian ketidakefektifan regimen terapiutik dalam asuhan pada klien
8. Menegakkan diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapiutik dalam asuhan pada klien
9. Menyusun klasifikasi intervensi keperawatan ketidakefektifan regimen terapiutik
10. Melaksanakan tindakan keperawatan ketidakefektifan regimen terapiutik
11. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan ketidakefektifan regimen terapiutik

A. Pengertian

Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik adalah pola ketika individu mengalami kesulitan atau berisiko mengalami kesulitan dalam mengintegrasikan program pengobatan penyakit dan sekuela penyakit yang memenuhi tujuan kesehatan tertentu ke dalam kehidupan sehari-hari.

B. Batasan karakteristik

Mayor

1. Mengutarakan keinginan untuk mengelola upaya pengobatan penyakit dan pencegahan
2. Mengungkapkan kesulitan dalam mengatur/ mengintegrasikan satu jenis program atau lebih yang telah diresepkan untuk mengobati penyakit beserta efeknya atau mencegah komplikasi

Minor

1. Mengutarakan keinginan untuk memasukkan program pengobatan ke dalam kegiatan sehari-hari
2. Mengutarakan keinginan untuk mengurangi faktor risiko perkembangan penyakit.

C. Faktor yang memengaruhi

1. Pengobatan, berhubungan dengan :
 - a. Kompleksitas program terapeutik
 - b. Biaya program pengobatan

- c. Kompleksitas system layanan kesehatan
 - d. Efek samping terapi
2. Situasional, berhubungan dengan :
- a. Konflik pengambilan keputusan
 - b. Kurangnya pengetahuan
 - c. Konflik keluarga
 - d. Tidak yakin dengan program pengobatan
 - e. Tidak yakin dengan tenaga kesehatan
 - f. Konflik keyakinan mengenai kesehatan
 - g. Meragukan keseriusan masalah
 - h. Kurangnya dukungan social
 - i. Pengalaman kegagalan di masa lalu
 - j. Meragukan manfaat program pengobatan

Hambatan dalam memahami, sekunder akibat: defisit kognitif, kecemasan, gangguan pendengaran, masalah memori.

D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Ketidakefektifan Regimen Terapeutik Pada Fraktur Kruris

1. Definisi fraktur cruris

Terputusnya hubungan/kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, terjadi pada tulang tibia dan fibula. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (Brunner & Suddart,2000).

2. Etiologi:

a. Trauma:

- 1) Langsung (kecelakaan lalu lintas)
- 2) Tidak langsung (jatuh dari ketinggian dengan posisi berdiri/duduk sehingga terjadi fraktur tulang belakan)

b. Patologis: Metastase dari tulang

c. Degenerasi

d. Spontan: Terjadi tarikan otot yang sangat kuat.

3. Jenis Fraktur:

- a. Menurut jumlah garis fraktur:
 - 1) Simple fraktur (terdapat satu garis fraktur)
 - 2) Multiple fraktur (terdapat lebih dari satu garis fraktur)
 - 3) Comminutive fraktur (banyak garis fraktur/fragmen kecil yang lepas)
- b. Menurut luas garis fraktur:
 - 1) Fraktur inkomplit (tulang tidak terpotong secara langsung)
 - 2) Fraktur komplit (tulang terpotong secara total)
 - 3) Hair line fraktur (garis fraktur hampir tidak tampak sehingga tidak ada perubahan bentuk tulang)
- c. Menurut bentuk fragmen:
 - 1) Fraktur transversal (bentuk fragmen melintang)
 - 2) Fraktur oblique (bentuk fragmen miring)
 - 3) Fraktur spiral (bentuk fragmen melingkar)
- d. Menurut hubungan antara fragmen dengan dunia luar:
 - 1) Fraktur terbuka (fragmen tulang menembus kulit), terbagi menjadi 3 derajat, yaitu:
 - a) Pecahan tulang menembus kulit, kerusakan jaringan sedikit, kontaminasi ringan, luka <1 cm.
 - b) Kerusakan jaringan sedang, risiko infeksi lebih besar, luka >1 cm.
 - c) Luka besar sampai \pm 8 cm, kehancuran otot, kerusakan neurovaskuler, kontaminasi besar.
 - 2) Fraktur tertutup (fragmen tulang tidak berhubungan dengan dunia luar)

4. Gambaran Klinis:

- a. Nyeri
- b. Deformitas
- c. Krepitasi
- d. Bengkak
- e. Peningkatan temperatur lokal
- f. Pergerakan abnormal
- g. Echymosis
- h. Kehilangan fungsi

5. Tahap Penyembuhan Tulang:

a. Hematom:

- 1) Dalam 24 jam mulai pembekuan darah dan haematom
- 2) Setelah 24 jam suplay darah ke ujung fraktur meningkat
- 3) Haematom ini mengelilingi fraktur dan tidak diabsorpsi selama penyembuhan tapi berubah dan berkembang menjadi granulasi.

b. Proliferasi sel:

- 1) Sel-sel dari lapisan dalam periosteum berproliferasi pada sekitar fraktur
- 2) Sel ini menjadi prekursor dari osteoblast, osteogenesis berlangsung terus, lapisan fibrosa periosteum melebihi tulang.
- 3) Beberapa hari di periosteum meningkat dengan fase granulasi membentuk collar di ujung fraktur.

c. Pembentukan callus:

- 1) Dalam 6-10 hari setelah fraktur, jaringan granulasi berubah dan terbentuk callus.
- 2) Terbentuk kartilago dan matrik tulang berasal dari pembentukan callus.
- 3) Callus menganyam massa tulang dan kartilago sehingga diameter tulang melebihi normal.
- 4) Hal ini melindungi fragmen tulang tapi tidak memberikan kekuatan, sementara itu terus meluas melebihi garis fraktur.

d. Ossification

- 1) Callus yang menetap menjadi tulang kaku karena adanya penumpukan garam kalsium dan bersatu di ujung tulang.
- 2) Proses ossifikasi dimulai dari callus bagian luar, kemudian bagian dalam dan berakhir pada bagian tengah
- 3) Proses ini terjadi selama 3-10 minggu.

e. Consolidasi dan Remodelling

Terbentuk tulang yang berasal dari callus dibentuk dari aktivitas osteoblast dan osteoklast.

6. Komplikasi:

a. Umum:

- 1) Shock
- 2) Kerusakan organ
- 3) Kerusakan saraf
- 4) Emboli lemak

b. Dini:

- 1) Cedera arteri
- 2) Cedera kulit dan jaringan
- 3) Cedera partement syndrom.

c. Lanjut:

- 1) Stiffnes (kaku sendi)
- 2) Degenerasi sendi
- 3) Penyembuhan tulang terganggu:
 - a) Mal union
 - b) Non union
 - c) Delayed union
 - d) Cross union

7. Penatalaksanaan:

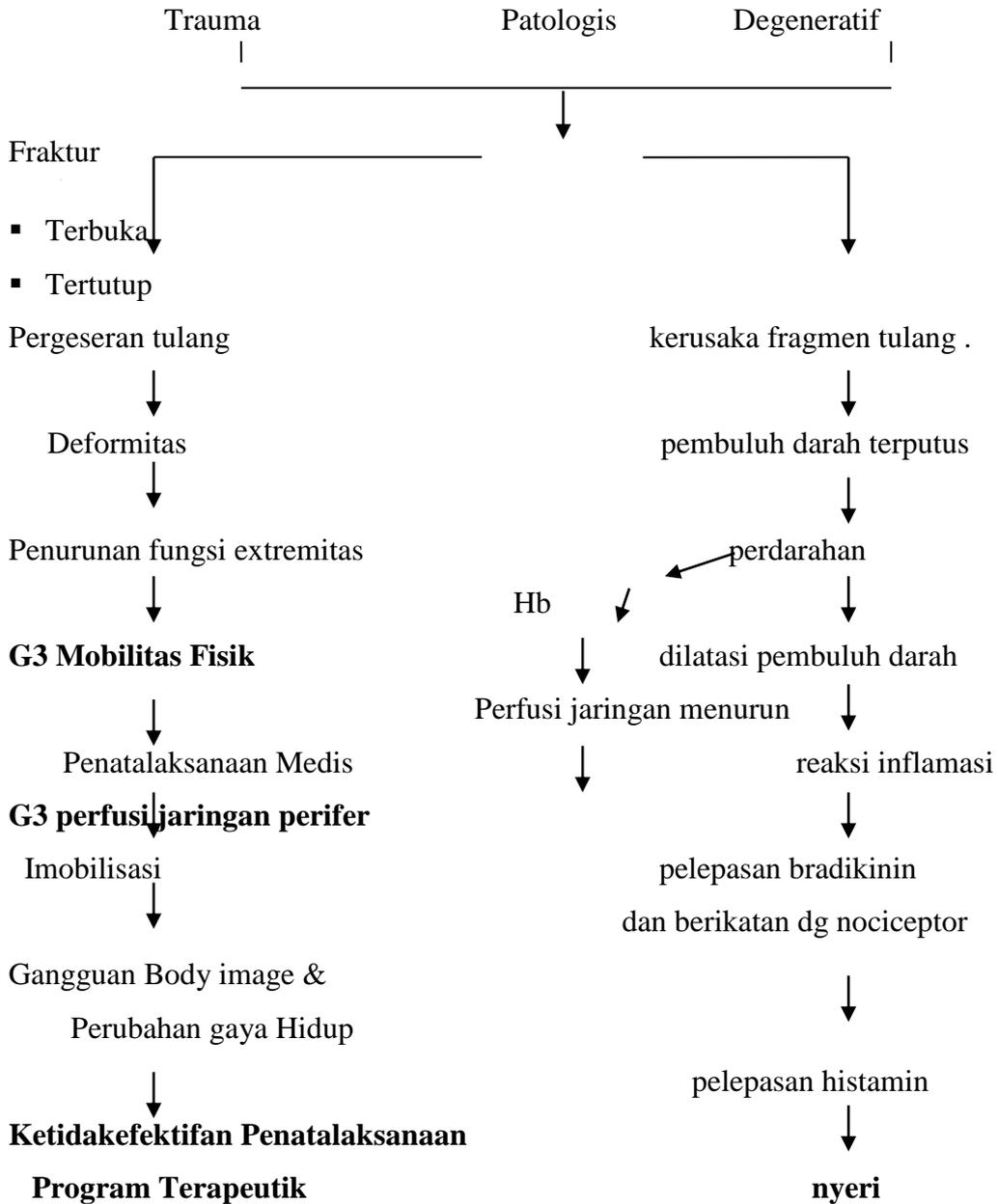
a. Reduksi untuk memperbaiki kesegarisan tulang

b. Immobilisasi untuk mempertahankan posisi reduksi, memfasilitasi union :

- 1) Eksternal → gips, traksi
- 2) Internal → nail dan plate

c. Rehabilitasi, mengembalikan ke fungsi semula.

E. Pathway Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik pada kasus Orthopedi dan Traumatologi



F. NIC Ketidakefektifan PenatalaksanaanProgram Terapeutik pada kasus Orthopedi dan Traumatologi

1. Identifikasi faktor penyebab atau faktor penunjang yang menghambat penatalaksanaan yang efektif
 - a. Bangun rasa percaya dan kekuatan
 - b. Terima individu apa adanya
 - c. Pertimbangkan tentang pilihan budaya dan praktik kebudayaan, misalnya pengobatan tradisional ke sangkal putung
2. Tingkatkan keyakinan dan keefektifan diri yang positif
 - a. Gali keberhasilan penatalaksanaan masalah di masa lalu
 - b. Tekankan keberhasilan di masa lalu
 - c. Ceritakan kisah tentang keberhasilan orang lain
3. Kurangi kecemasan
 - a. Dorong individu untuk mengungkapkan perasaannya
 - b. Bina rasa saling percaya dengan interaksi yang konsisten
 - c. Berikan informasi yang tidak menakutkan/mengancam sebelum memberikan informasi yang mungkin menimbulkan kecemasan
4. Tingkatkan proses pembelajaran personal/keluarga
 - a. Lakukan pendekatan pembelajaran yang bersifat individual setelah pengkajian
 - b. Jelaskan dan diskusikan : proses penyakit, program pengobatan, efek samping, perubahan gaya hidup yang dibutuhkan, perawatan lanjutan yang dibutuhkan, tanda/gejala komplikasi, sumber daya dan dukungan yang tersedia

G. Contoh Kasus

1. Pengkajian

a. Kasus 1

Tn. J. Tanggal/jam kunjungan 07 Maret 2014, jam 09.00, nomor register 008343, usia 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan tidak sekolah, pekerjaan tani, alamat Pakusari, agama Islam, dengan diagnosis medis *open fracture of cruris sinistra post operasi OREF* hari ke 35. Pada

saat pengkajian klien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekot- cekot pada kaki sebelah kanan, skala sedang (5), nyeri berkurang dengan istirahat. Riwayat penyakit sekarang, saat ini klien kontrol yang kedua kalinya untuk perawatan luka di kaki kanannya.

Riwayat penyakit dahulu, klientidak pernah mempunyai penyakit menurun maupun penyakit menular. Klien mengalami kecelakaan lalu lintas 2 bulan yang lalu, dan dilakukan tindakanoperasi *OREF* pada tanggal 31 Januari 2014.Riwayat psikologi, pasien mengatakan apakah lukanya bisa sembuh dan normal kembali seperti semula.Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini.Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 72 x/mnt, RR 21 x/mt, BB 60 Kg, TB 160 cm, pasien menggunakan alat bantu gerak berupa kruk, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (tibia dan fibula), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *OREF* di kaki kanan, terpasang *external fixasi* pada *cruris dextra* terdapat luka pada punggung kaki kanan, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih (luka lembab, eksudasi serous minimal, jahitan utuh), terdapat bekas luka infeksi lama/scar, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji baik. *Manual muscle test* tidak bisa dikaji secara optimal karena terdapat luka terbuka.Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

b. Kasus 2

Tn. A. Tanggal/jam kunjungan 11 Maret 2014, jam 12.45, nomor register 004395, usia 34 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan S1, pekerjaan tehnik medis, alamat Patrang,agama Islam, dengan

diagnosis medis *fracture of 1/3 distal cruris sinistra post operasi ORIF cruris sinistra 3 bulan yang lalu (16 Desember 2013)*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, tulang kaki kirinya bergerak pada area yang patah , skala ringan (3), nyeri muncul kadang-kadang.

Riwayat penyakit sekarang, klien kontrol ketiga kalinya. Klien mengatakan 3 hari yang lalu klien terjatuh saat berjalan menggunakan 1 *crutch*, dan mengeluh kakinya terasa linu setelah jatuh. Kemudian klien memutuskan untuk kontrol ke poli karena linu yang dirasakan tidak berkurang, dan bertambah nyeri untuk beraktifitas. Saat ini klien berjalan dengan bantuan 2 *crutch*. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya, karena berjalan menggunakan alat bantu. Riwayat penyakit dahulu, klien pernah menderita penyakit typhoid, tidak ada penyakit keturunan/genetik. Klien mengalami kecelakaan 3 bulan yang lalu saat berjalan ditabrak motor dan mengalami patah tulang kaki kiri dan dislokasi bahu kanan. Kemudian dilakukan operasi pemasangan plat pada tanggal 16 Januari 2013 di RSD dr Soebandi Jember. Riwayat psikologi, pasien mengatakan sulit tidur karena kondisinya saat ini. Sejak sakit klien tidak bisa melakukan aktifitas yang disukainya yaitu roadrace. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif setelah dilakukan tindakan operasi, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember. Klien merupakan perokok aktif dan sulit menghentikan kebiasaan merokok.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 120/70 mmHg, N 86 x/mnt, RR 22 x/mt, BB 65 Kg, TB 168 cm, pasien menggunakan alat bantu berupa *crutch* untuk berjalan, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*1/3 distal cruris sinistra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat deformitas, cara jalan pasien diseret, terdapat nyeri saat kaki yang sakit dibuat menapak, luas gerak sendi

terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Keadaan luka kering, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil yang sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh dengan melawan tahanan minimal, sedangkan pada area yang sakit mendapat skor 3. Pasien mampu melawan dorongan yang diberikan perawat, namun tidak maksimal.

Hasil foto rontgen : *Delayed union cruris sinistra*

c. Kasus 3

Tn. Z. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 08.55, nomor register 006603, usia 30 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan wiraswasta, alamat Sumbersari, agama Islam, dengan diagnosis medis *Union fracture femur (D) Broken Bone post operasi ORIF hari ke 20*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu, skala sedang (6), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas.

Riwayat penyakit sekarang, pasien kontrol ke poli orthopedi dengan keluhan kaki kanannya linu setelah terpeleset 3 hari yang lalu, saat itu klien berjalan tidak menggunakan alat bantu. Saat ini klien berjalan menggunakan alat bantu 2 *crutch*.

Riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah menderita sakit sebelumnya, hanya batuk pilek biasa, tidak ada penyakit keturunan/genetik. *pasien post operasi ORIF* pada tanggal 15 Februari 2014 di RS Bina Sehat.

Riwayat psikologi, pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini, karena tidak bisa melakukan kegiatan seperti biasanya.

Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan melakukan ibadah sholat 5 waktu, tetapi tidak rutin.

Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat kecelakaan pasien langsung dibawa ke RS Bina Sehat.

Pada pengkajian ditemukan data fisik sebagai berikut: TD 110/70 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 66 Kg, TB 162 cm, pasien menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Fokus pengkajian pada status lokalis (*femur dextra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien pincang, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tanda-tanda infeksi tidak ada. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan hasil baik. *Manual muscle test* mendapat skor 3 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal tetapi tidak mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien. Hasil foto rontgen : *Broken Bone femur dextra*

2. Analisis Data

a. Kasus 1

DS: Pasien mengeluh nyeri walaupun tanpa aktivitas, cekot-cekot pada kaki sebelah kanan, skala sedang (5), nyeri berkurang dengan istirahat. Saat ini klien kontrol yang kedua kalinya untuk perawatan luka di kaki kanannya, Klien mengalami kecelakaan lalu lintas 2 bulan yang lalu, dan dilakukan tindakan operasi *OREF* pada tanggal 31 Januari 2014.

DO: Diagnosis medis *open fracture of cruris sinistra post operasi OREF* hari ke 35. Postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *OREF* di kaki kanan, terpasang *external fixasi* pada *cruris dextra* terdapat luka pada punggung kaki kanan.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Klien mengalami kecelakaan lalu lintas 2 bulan yang lalu, dan dilakukan tindakan *operasi OREF* pada tanggal 31 Januari 2014

DO: Postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *OREF* di kaki kanan, terpasang *external fixasi* pada *cruris dextra* terdapat luka pada punggung kaki kanan. Sensasi pada saraf peroneal dan tibial + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji baik. *Manual muscle test* tidak bisa dikaji secara optimal karena terdapat luka terbuka. Luas gerak sendi terbatas.

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

DS: Klien mengatakan ingin lukanya cepat sembuh, agar biaya perawatannya tidak membengkak.

DO: Postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat pincang karena ada luka post *OREF* di kaki kanan, terpasang *external fixasi* pada *cruris dextra* terdapat luka pada punggung kaki kanan. Luka tampak kemerahan, perdarahan minimal, pus (-), granulasi (+)

Diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik

b. Kasus 2

DS: Klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, tulang kaki kirinya bergerak pada area yang patah, skala ringan (3), nyeri muncul kadang-kadang.

DO: Diagnosis *medis fracture of 1/3 distal cruris sinistra* post *operasi ORIF cruris sinistra* 3 bulan yang lalu (16 Desember 2013), terdapat sikap hati-hati saat berjalan.

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Klien mengatakan saat ini tidak bisa beraktifitas seperti biasanya karena klien berjalan menggunakan alat bantu

DO: Klien berjalan dengan bantuan 2 *crutch*. postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat deformitas, cara jalan pasien diseret, terdapat nyeri saat kaki yang sakit dibuat menapak, luas gerak sendi terbatas.

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

DS: Klien mengatakan kakinya terasa linu setelah tersandung, klien merupakan perokok aktif dan sulit menghentikan kebiasaan merokok. Pasien pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif setelah dilakukan tindakan operasi.

DO: Deformitas (+), klien berjalan dengan bantuan 2 *crutch*. Hasil foto rontgen : *Delayed union cruris sinistra*

Diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik

c. Kasus 3

DS: Klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu, skala sedang (6), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas, klien kontrol ke poli orthopedi dengan keluhan kaki kanannya linu setelah terpeleset 3 hari yang lalu, saat itu klien berjalan tidak menggunakan alat bantu.

DO: *Diagnosis medis Union fracture femur (D) Broken Bone post operasi ORIF hari ke - 20.*

Diagnosis keperawatan: Nyeri akut

DS: Klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal, linu, skala sedang (6), nyeri muncul sering dan mengganggu aktivitas

DO: Postur tubuh pasien terlihat normal, tidak terdapat deformitas, cara jalan pasien pincang, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, klien berjalan dengan menggunakan alat bantu dengan 2 *crutch*.

Diagnosis keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

DS: Klien kontrol ke poli orthopedi dengan keluhan kaki kanannya linu setelah terpeleset 3 hari yang lalu, saat itu klien berjalan tidak menggunakan alat bantu.

DO: Deformitas (-), klien berjalan dengan bantuan 2 *crutch*, Hasil foto rontgen: *Broken Bone femur dextra.*

Diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik.

3. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis diatas didapatkan diagnosis keperawatan pada kasus 1 yaitu nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik, Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik. Untuk kasus 2 didapatkan diagnosis keperawatan nyeri akut, Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik dan hambatan mobilitas fisik. Pada kasus yang ke 3 didapatkan diagnosis keperawatan yang sama, yaitu nyeri akut, Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik dan hambatan mobilitas fisik.

Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik merupakan diagnosis yang sangat bermanfaat bagi perawat di segala kondisi. Individu dan keluarga yang mengalami berbagai macam masalah kesehatan, akut atau kronis, biasanya dihadapkan pada program pengobatan yang mengharuskan dilakukannya perubahan pada fungsi atau gaya hidup sebelumnya. Perubahan atau adaptasi ini dapat menjadi sarana dalam memengaruhi hasil yang positif.

Diagnosis ini menggambarkan individu atau keluarga yang mengalami kesulitan dalam mencapai hasil yang positif. Perawat merupakan tenaga kesehatan primer yang bersama klien bertugas menentukan pilihan apa yang tersedia dan bagaimana kesuksesan dapat diraih. Intervensi keperawatan utama adalah menggali pilihan yang tersedia dan mengajarkan kepada klien tentang cara mengimplementasikan pilihan yang telah ditetapkan. Selain penyuluhan tentang bagaimana mengelola program, perawat juga harus membantu klien mengidentifikasi penyesuaian yang diperlukan akibat defisit fungsional.

4. Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan luka post operasi yang dilakukan yaitu kaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST, berikan posisi yang nyaman, ajarkan klien dalam manajemen nyeri (teknik napas dalam dan kompres hangat), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik (Membantu mengurangi rasa nyeri).

Intervensi pada diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak meliputi beberapa tindakan,

yaitu ajarkan dan demonstrasikan cara menggunakan alat bantu gerak yang benar, ajarkan teknik ROM pasif dan aktif sesuai indikasi, ajarkan cara mengubah posisi yang benar.

Adapun intervensi pada diagnosis keperawatan ketidakefektifan regimen terapeutik adalah manajemen pendidikan kesehatan modifikasi perilaku, berupa kaji tindakan yang sudah pernah dilakukan pasien (contoh: pergi ke alternatif/sangkal putung), beri informasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat, motivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.

Pendidikan kesehatan adalah proses belajar mengajar yang memengaruhi perilaku klien dan keluarga melalui perubahan dalam segi pengetahuan, perilaku dan kepercayaan, serta melalui peningkatan keterampilan psikomotor. Tujuan pembelajaran bagi klien adalah membantu klien melaksanakan tanggung jawab untuk perawatan diri.

5. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan system syaraf vaskuleryaitu:

- a. Mengkaji karakteristik nyeri klien dengan teknik PQRST
- b. Mengajarkan klien teknik manajemen nyeri seperti teknik nafas dalam
- c. Mengajarkan keluarga tentang teknik manajemen nyeri,

Implementasi pada hambatan mobilitas fisik adalah manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak meliputi beberapa tindakan, yaitu:

- a. Mengajarkan teknik ROM pasif dan aktif sesuai indikasi

ROM yang dilakukan adalah:ROM pasif yang dilakukan adalah mengatur posisi pasien terlentang, rotasikan kedua pergelangan kaki membentuk lingkaran penuh, lakukan dorsofleksi dan flantar fleksi secara bergantian pada kedua kaki klien, lanjutkan latihan dengan melakukan fleksi dan ekstensi lutut secara bergantian, mengangkat kedua telapak kaki klien secara tegak lurus dari permukaan tempat tidur secara bergantian. ROM aktif yang dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk berjalan lurus.

b. Mengajarkan cara mengubah posisi yang benar.

Adapun intervensi pada diagnosis keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik adalah manajemen penkes modifikasi perilaku, yang berupa:

- 1) Mengkaji tindakan yang sudah dilakukan pasien (contoh: pergi ke alternative /sangkal putung).
- 2) Memberi informasi, komplikasi yang mungkin muncul apabila tindakan yang dilakukan kurang tepat
- 3) Memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS.
- 4) Menganjurkan pasien untuk mengurangi/ menghentikan kebiasaan merokok
- 5) Melakukan kolaborasi pemasangan gips bila diperlukan

6. Evaluasi

Pada ketiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan nyeri akut didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu mengontrol nyeri dengan skala nyeri ringan berkisar antara 1-3. Data obyektif yang ditemukan adalah pasien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam dan keluarga juga mampu mendemonstrasikan cara memberikan stimulasi kinestetik serta pemberian kompres hangat. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut adalah masalah teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah di ajarkan oleh perawat dirumah atau saat nyeri dirasakan.

Pada diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik, didapatkan data subyektif bahwa pasien mampu melakukan aktivitas tanpa rasa nyeri atau dengan skala nyeri ringan. Data obyektif yang ditemukan pada kasus pertama, pasien mampu berjalan menggunakan alat bantu dengan benar, mampu mendemonstrasikan teknik ROM pasif aktif dan mampu mengubah posisi/ berpindah tempat dengan benar. Pada kasus kedua, pasien dan keluarga mampu mendemonstrasikan teknik ROM pasif aktif. Pada kasus ketiga, pasien mampu mendemonstrasikan gerakan ROM aktif pasif dengan rasa nyeri yang minimal.

Analisis perawat menyatakan bahwa masalah pada ketiga pasien dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik adalah masalah belum teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang sudah diajarkan oleh perawat dirumah agar tidak terjadi cidera .

Pada diagnosis keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik, didapatkan data subyektif bahwa pasien akan berusaha untuk mengurangi kebiasaan merokok dan akan melakukan kontrol ulang. Analisis perawat menyatakan bahwa masalah ketiga kasus diatas dengan diagnosis keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik tentang pengobatan adalah masalah belum teratasi. Planning yang bisa dilakukan adalah memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan kunjungan ulang ke RS dan menganjurkan pasien untuk mengurangi/ menghentikan kebiasaan merokok.

Motivasi klien merupakan salah satu variabel terpenting yang memengaruhi jumlah pembelajaran yang berlangsung. Pembelajaran bergantung pada kesiapan fisik dan emosional individu. Klien perlu sedikit bebas dari rasa sakit dan memiliki keinginan yang tinggi untuk belajar. Kecemasan yang tinggi menghambat proses pembelajaran, sedangkan keinginan yang tinggi justru membantu proses pembelajaran. Dukungan dari keluarga juga memengaruhi keefektifan program terapeutik. Riset membuktikan bahwa pada saat anggota keluarga dilibatkan dalam perawatan, klien memperlihatkan kerja sama yang terus meningkat dan penilaian yang positif terhadap pengalaman itu (Leske,1993).

Pada evaluasi klien Tn. A mengatakan tidak bisa menghentikan kebiasaan merokok. Merokok menyebabkan lebih dari 4000 zat kimia berefek langsung pada rongga mulut dan system pernapasan. Zat kimia tersebut akan diabsorpsi di dalam darah dan tertelan masuk kedalam saluran pencernaan. Nikotin merupakan zat adiktif utama dalam rokok yang dapat menimbulkan adiksi dan menghambat transportasi nutrisi, kalsium, glukosa dan hormone. Dengan demikian merokok dapat menghambat proses penyembuhan tulang pada pasien fraktur.

H. Daftar pustaka

Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosis Keperawatan ;Aplikasi pada Praktik Klinik*.Edisi 9. Jakarta: EGC

Smeltzer, Suzanne C. 2001, *Keperawatan Medikal Bedah, and Brunner & Suddarth*, Edisi 8. Jakarta: EGC

Price S.A. And Wilson L.M. 2006, *Patofisiologi Konsep Klinis Proses Penyakit*, Edisi 6.Buku II , Jakarta: EGC

BAB V

RISIKO INFEKSI

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan.

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang risiko infeksi dan khususnya pada kasus orthopedi dan traumatologi yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan.

Kemampuan kerja:

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada risiko infeksi yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan pada risiko infeksi sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat.

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan pengertian risiko infeksi
2. Membedakan batasan karakteristik risiko infeksi
3. Menjelaskan faktor yang memengaruhirisiko infeksi
4. Menjelaskan kasus orthopedi dan traumatologi yang berkaitan dengan risiko infeksi
5. Menguraikan pathway risiko infeksi berkaitan dengan kasus orthopedi dan traumatologi
6. Menjelaskan NIC risiko infeksi
7. Melakukan pengkajian risiko infeksi dalam asuhan pada klien

8. Menegakkan diagnosis keperawatan risiko infeksi dalam asuhan pada klien
9. Menyusun klasifikasi intervensi keperawatan risiko infeksi
10. Melaksanakan tindakan keperawatan risiko infeksi
11. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan risiko infeksi

A. Pengertian

Keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Bulechek, et al., 2013).

B. Batasan Karakteristik

1. Prosedur invasive
2. Tidak cukup pengetahuan dalam menghindari paparan pathogen.
3. Trauma
4. Destruksi jaringan dan peningkatan paparan lingkungan.
5. Malnutrisi
6. Pertahanan primer tak adekuat (kulit tak utuh, trauma jaringan, penurunan gerak silia, cairan statis, perubahan sekresi pH, perubahan peristaltic).
(Moorhead, et al., 2013)

C. Faktor Yang Memengaruhi

1. Prosedur Invasif
2. Ketidakcukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen.
3. Trauma
4. Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan
5. Ruptur membran amnion
6. Agen farmasi (imunosupresan)
7. Malnutrisi
8. Peningkatan paparan lingkungan patogen
9. Imunosupresi
10. Ketidakadekuatan imun buatan
11. Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi)

12. Tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, luka *post* operasi, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan peristaltik).
13. Penyakit kronik (Gangguan pernapasan, kanker, gagal ginjal, artritis, gangguan hematologi, diabetes mellitus, gangguan hepatic, penyakit kolagen) (Moorhead , et all., 2013)

D. Kasus Orthopedi Dan Traumatologi Yang Berkaitan Dengan Risiko Infeksi Pada Spondilitis TB

1. Definisi

Tuberculosis tulang belakang atau disebut juga spondilitis tuberkulosa merupakan peradangan granulose yang bersifat kronik destruktif oleh mikrobakterium tuberkulosa (Rasjad, 2003).

Spondilitis TB disebut juga penyakit Pott bila disertai paraplegi atau defisit neurologis. Spondilitis ini paling sering ditemukan pada vertebra Th 8-L3 dan paling jarang pada vertebra C2. Spondilitis TB biasanya mengenai korpus vertebra, sehingga jarang menyerang arkus vertebra (Mansjoer, 2000).

2. Etiologi

Spondilitis tuberkulosa merupakan infeksi sekunder dari tuberculosis di tempat lain ditubuh, 90-95% disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosa typic* (2/3 dari tipe human dan 1/3 dari tipe bovin) dan 5-10% oleh *Mycobacterium tuberculosa atypic*. Lokalisasi spondilitis tuberkulosa terutama pada daerah vertebra torakal bawah dan lumbal atas, sehingga diduga adanya infeksi sekunder dari suatu tuberculosis traktus urinarius, yang penyebarannya melalui pleksus Batson pada vena paravertebralis (Rasjad, 2003).

3. Manifestasi klinis

Secara klinis gejala tuberculosis tulang belakang hampir sama dengan tuberculosis pada umumnya, yaitu:

- a. Badan lemah / lesu
- b. Nafsu makan berkurang
- c. Berat badan menurun
- d. Suhu sedikit meningkat (subfebris) terutama pada malam hari
- e. Sakit pada punggung (Rajad, 2003)

Adapun tanda-tanda spondilitis tulang belakang dengan tuberculosis adalah sebagaiberikut:

- a. Pada leher, jika mengenai vertebra servikal penderita tidak suka memutar kepalanya dan duduk dengan meletakkan dagu ditangannya. Dia akan merasa nyeri pada leher atau pundanya. Jika terjadi abses, pembengkakan dengan fluktuasi yang ringan akan tampak pada sisi yang sama pada leher di belakang otot sternomastoid atau tonjolan pada bagian belakang mulut (faring).
- b. Pada punggung bawah sampai iga terakhir (region torakalis). Dengan adanya penyakit pada region ini, penderita memiliki punggung yang besar. Dalam gerakan memutar dia lebih sering menggerakkan kakinya daripada mengayun punggungnya. Saat memungut sesuatu dari lantai dia menekuk lutut sementara punggungnya tetap lurus. Kemudian akan terdapat pembengkakan atau lekukan yang nyata pada tulang belakang (gibus) diperlihatkan dengan korpus yang terlipat.
- c. Jika abses ini menjalar menuju dadabagian kanan dan kiri serta akan munculsebagai pembengkakan yang lunak padadinding dada (abses dingin yang samadapat menyebabkantuberculosis kelenjargetah bening interkosta). Jika menuju kepunggung dapat menekan serabut sarafspinal menyebabkan paralisis.
- d. Saat tulang belakang yang terkena lebih rendah dari dada (region lumbal), dimana juga berada di bawah serabut saraf spinal, pus juga dapat menjalar pada otot sebagaimana pada tingkat yang lebih tinggi. Jika ini terjadi akan tampak sebagai pembengkakan lunak atas atau bawah ligamentum pada lipatan paha atau di bawah tetap pada sisi dalam dari paha (abses psoas). Pada keadaan yang jarang pus dapat berjalan menuju pelvis dan mencapai permukaan belakang sendi panggul.
- e. Pada pasien-pasien dengan malnutrisi akan didapatkan demam (kadang-kadangdemam tinggi), kehilangan berat badan dan kehilangan nafsu makan. Di beberapa negara Afrika juga didapati pembesaran kelenjar getah bening, tuberkel subkutan, pembesaran hati dan limpa.

- f. Pada penyakit-penyakit yang lanjut mungkin tidak hanya terdapat gibus (angulasi dari tulang belakang), juga dapat kelemahan dari anggota badan bawah dan paralisis (paraplegi) akibat tekanan pada serabut saraf spinal atau pembuluh darah (Rajad, 2003)

4. Patofisiologi

Patogenesis penyakit ini sangat tergantung dari kemampuan bakteri menahan cernaan enzim lisosomal dan kemampuan host untuk memobilisasi imunitas seluler. Jika bakteri tidak dapat diinaktivasi, maka bakteri akan bermultiplikasi dalam sel dan membunuh sel itu. Komponen lipid, protein serta polisakarida sel basil tuberkulosa bersifat immunogenik, sehingga akan merangsang pembentukan granuloma dan mengaktivasi makrofag. Beberapa antigen yang dihasilkannya dapat juga bersifat immunosupresif (Mansjoer, 2000)

Infeksi mycobacterium tuerculosis pada tulang selalu merupakan infeksi sekunder. Berkembnagnya kuman dalam tubuh tergantung pada keganasan kuman dan ketahanan tubuh klien. Lima stadium perjalanan penyakit spondilitis tuberkulosa, antara lain: (Rasjad, 2007)

a. Stadium I (implantasi)

Setelah bakteri berada dalam tulang, maka bila daya tahan tubuh klien menurun, bakteri akan berduplikasi membentuk koloni yang berlangsung selama 6-8 minggu. Keadaan ini umumnya terjadi pada daerah torakolumbal.

b. Stadium destruksi awal

Setelah stadium implantasi, selanjutnya terjadi destruksi korpus vertebra serta penyempitan yang ringan pada diskus. Proses ini berlangsung selama 3-6 minggu.

c. Stadium destruksi lanjut

Pada stadium ini terjadi destruksi yang masif, kolaps vertebra dan terbentuk massa kaseosa serta pus yang berbentuk cold abses (abses dingin), yang terjadi 23 bulan setelah stadium destruksi awal. Selanjutnya dapat terbentuk sekuestrum serta kerusakan diskus intervertebralis. Pada saat ini terbentuk tulang baji terutama di sebelah depan (wedging anterior) akibat kerusakan korpus vertebra, yang menyebabkan terjadinya kifosis atau gibus.

d. Stadium gangguan neurologis

Tidak berkaitan dengan beratnya kifosis yang terjadi, tetapi terutama ditentukan oleh tekanan abses ke kanalis spinalis. Gangguan ini ditemukan 10% dari seluruh komplikasi spondilitis tuberkulosa. Vertebra torakalis mempunyai kanalis spinalis yang lebih kecil sehingga gangguan neurologis lebih mudah terjadi pada daerah ini.

e. Stadium deformitas residual

Stadium ini terjadi kurang lebih 35 tahun setelah timbulnya stadium implantasi. Kifosis atau gibus bersifat permanen oleh karena kerusakan vertebra yang masif di sebelah depan.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Peningkatan laju endapan darah (LED) dan mungkin disertai mikrobakterium
- 2) Uji mantoux positif
- 3) Pada pemeriksaan biakan kuman mungkin ditemukan mikrobakterium
- 4) Biopsi jaringan granulasi atau kelenjar limfe regional
- 5) Pemeriksaan histopatologis dapat ditemukan tuberkel

b. Pemeriksaan Radiologis

- 1) Foto thoraks untuk melihat adanya tuberculosis paru.
- 2) Foto polos vertebra ditemukan osteoporosis disertai penyempitan diskus intervertebralis yang berada di korpus tersebut.
- 3) Pemeriksaan mieleografi dilakukan bila terdapat gejala-gejala penekanan sumsum tulang.
- 4) Foto CT Scan dapat memberikan gambaran tulang secara lebih detail dari lesi, sklerosis, kolap diskus dan gangguan sirkumferensi tulang.
- 5) Pemeriksaan MRI mengevaluasi infeksi diskus intervertebra dan osteomielitis tulang belakang dan adanya menandakan penekanan saraf (Rasjad, 2003).

6. Komplikasi

Komplikasi dari spondilitis tuberkulosis yang paling serius adalah Pott's paraplegia yang apabila muncul pada stadium awal disebabkan tekanan

ekstradural oleh pus maupun sequester, atau invasi jaringan granulasi pada medula spinalis dan bila muncul pada stadium lanjut disebabkan oleh terbentuknya fibrosis dari jaringan granulasi atau perlekatan tulang (ankilosing) di atas kanalis spinalis. Mielografi dan MRI sangatlah bermanfaat untuk membedakan penyebab paraplegi ini. Paraplegi yang disebabkan oleh tekanan ekstradural oleh pus ataupun sequester membutuhkan tindakan operatif dengan cara dekompresi medulla spinalis dan saraf.

Komplikasi lain yang mungkin terjadi adalah ruptur dari abses paravertebra torakal ke dalam pleura sehingga menyebabkan empiema tuberkulosis, sedangkan pada maka nanah akan turun ke otot iliopsoas membentuk psoas abses yang merupakan cold abscess (Rasjad, 2003).

7. Penatalaksanaan

Pada prinsipnya pengobatan tuberkulosis tulang belakang harus dilakukan segera mungkin untuk menghentikan progresivitas penyakit serta mencegah paraplegia.

Pengobatan terdiri atas:

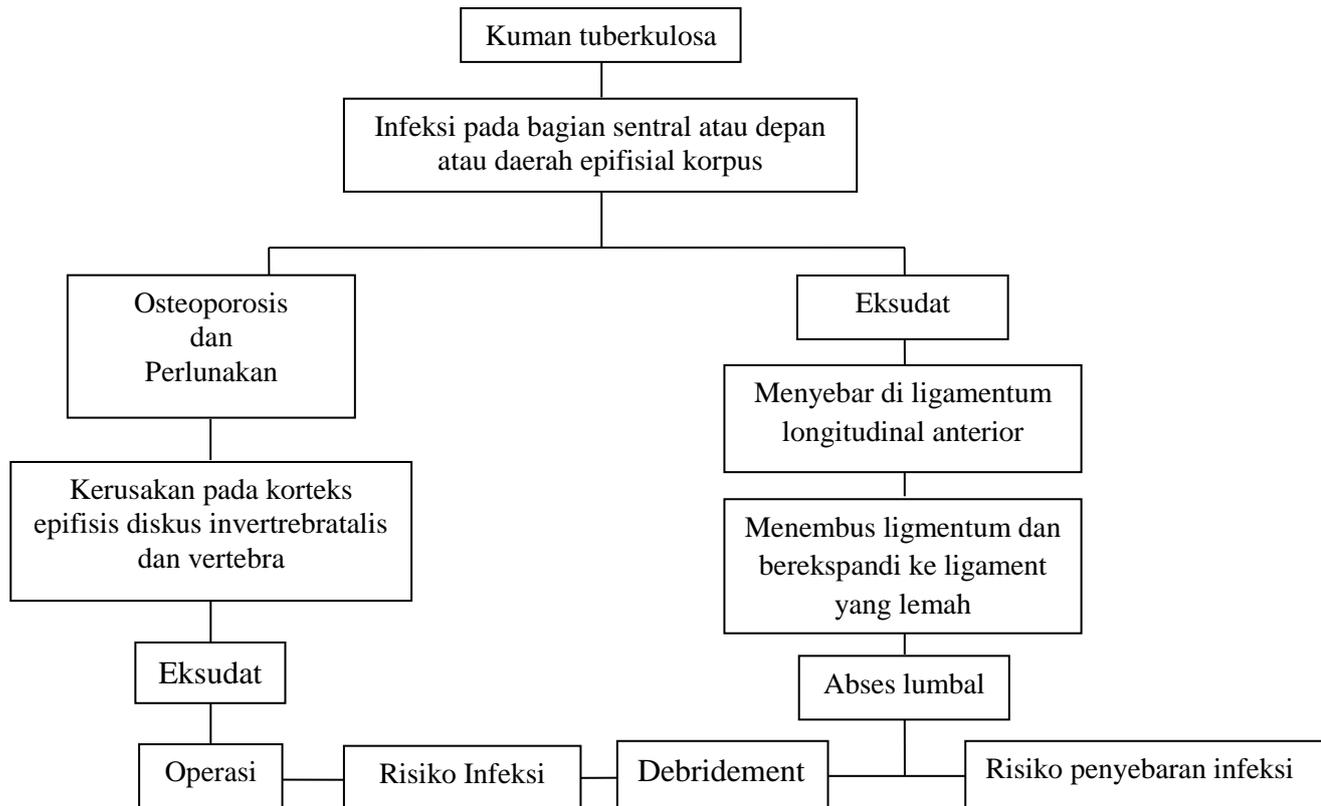
a. Terapi Konservatif berupa:

- 1) Tirah baring
- 2) Memperbaiki keadaan umum penderita
- 3) Pasang brace pada penderita, baik yang di operasi ataupun yang tidak di operasi.
- 4) Pemberian obat anti tuberkulosa
 - Obat-obat yang diberikan terdiri atas:
 - Isonikotinic hidrosit (inti) dengan dosis oral 5 mg/kg BB perhari dengan dosis maksimal 300 mg. Dosis oral pada anak-anak 10 mg/kg BB.
 - Asam paraamino salsilat. Dosis oral 8-12 mg/kg BB
 - Etambutol. Dosis oral 15-25 mg/kg BB perhari
 - Rifamfisinsin. Dosis oral 10 mg/kgBB diberikan pada anak-anak, pada orang dewasa 300-400 mg perhari

b. Terapi Operatif

Walaupun pengobatan kemoterapi merupakan pengobatan utama bagi penderita tuberculosis tulang belakang, namun tindakan operatif masih memegang peranan penting dalam beberapa hal yaitu bila terdapat cold abses (abses dingin), lesi tuberkulosa, paraplegia, dan kifosis (Rasjad, 2003).

E. Pathway Risiko Infeksi Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi



F. NIC Risiko Infeksi Pada Kasus Orthopedi Dan Traumatologi

a. Kontrol Infeksi

- a. Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh pasien
- b. Ganti peralatan pasien setiap selesai tindakan
- c. Batasi jumlah pengunjung
- d. Ajarkan cuci tangan untuk menjaga kesehatan individu
- e. Anjurkan pasien untuk cuci tangan dengan tepat
- f. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan

- g. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan setelah meninggalkan ruangan pasien
- h. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- i. Lakukan universal precautions
- j. gunakan sarung tangan steril
- k. Lakukan perawatan aseptik pada semua jalur IV
- l. Lakukan teknik perawatan luka yang tepat
- m. Ajarkan pasien untuk pengambilan urin porsi tengah
- n. Tingkatkan asupan nutrisi
- o. Anjurkan asupan cairan
- p. Anjurkan istirahat
- q. Berikan terapi antibiotik
- r. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi
- s. Ajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi
- b. Managemen Nutrisi
 - a. Tanyakan pada pasien tentang alergi terhadap makanan
 - b. Tanyakan makanan kesukaan pasien
 - c. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan
 - d. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan gaya hidup
 - e. Anjurkan peningkatan masukan zat besi yang sesuai
 - f. Anjurkan peningkatan masukan protein dan vitamin C
 - g. Anjurkan untuk banyak makan buah dan minum
 - h. Pastikan diit tidak menyebabkan konstipasi
 - i. Berikan pasien diit tinggi prtein, tinggi kalori
- c. Perawatan luka
 - a. Buka plester
 - b. Catat karakteristik luka
 - c. Catat karakteristik drainase
 - d. Bersihkan luka dengan NaCl (normal saline)
 - e. Bersihkan daerah sekitar infuse
 - f. Berikan perawatan daerah luka

- g. Masase area sekitar luka untuk meningkatkan sirkulasi
- h. Pertahankan teknik steril dalam perawatan luka
- i. Inspeksi luka setiap melakukan dressing
- j. Laporkan adanya perubahan pada luka
- k. Atur posisi untuk mencegah tekanan pada daerah luka
- l. Ajarkan pada pasien/anggota keluarga tentang prosedur perawatan luka

G. Contoh Kasus

1. Pengkajian

a. Kasus 2

Ny. B. Tanggal/jam kunjungan 3Maret 2014, jam 08.00, nomor register 00 67 45, usia 64 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan Tidak sekolah, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Jember, *agama Islam, dengan diagnosis medis Spondilitis Tb post operasi Spondilitis Tb 8 bulan yang lalu*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada luka post operasi apabila dibuat aktivitas, skala sedang (5), nyeri berkurang dengan istirahat dan kesulitan untuk jongkok.

Riwayat penyakit sekarang, kontrol pertama untuk rawat luka post operasi. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita Tuberculosis paru, hipertensi, Diabetes Mellitus dan *post operasi Spondilitis Tb L VIII 7 bulan yang lalu*. Riwayat psikologi, pasien mengatakan takut karena kesulitan untuk beraktivitas. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung, klien rutin kontrol ke poli penyakit dalam dan badah orthopedi RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik sebagai berikut: TD 150/100 mmHg, N 82 x/mnt, RR 21 x/mt, BB 69 Kg, TB 155 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu gerak, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: terdapat luka jahitan post operasi 7 hari yang lalu panjang 30 cm tertutup kasa dan heparfix, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas

gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat deformitas, cara jalan pasien terlihat normal, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas bawah yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika doronganmaksimal diberikan pada pasien.

b. Kasus 2

An. Y. Tanggal/jam kunjungan 06 Maret 2014, jam 09.30, nomor register 00 02 14, usia 9 tahun, jenis kelamin Laki-laki, pendidikan SD, pekerjaan pelajar, alamat Tegalsari Kec. Ambulu, *agama Islam, dengan diagnosis medis (Spondilitis tb th 9, 10, 11)*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri saat beraktivitas minimal terutama daerah punggung, skala ringan (4), nyeri muncul kadang-kadang. Riwayat penyakit sekarang, kontrol pertama untuk Rawat luka post operasi. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah *post operasi Spondilitis TB* 7 bulan yang lalu. L III-IV-V tidak ada penyakit keturunan/genetik. Riwayat psikologi, pasien terlihat takut dan diam saja karena takut tindakan rawat luka ini. Riwayat spiritual, pasien belum memahami nilai beragama. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat sakit pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik ditemukan data fisik sebagai berikut: N 88 x/mnt, RR 20 x/mt, BB 24 Kg, TB 115 cm, pasien tidak menggunakan alat bantu, tidak ada protesa dan cacat tubuh, aktivitas sehari-hari dibantu sebagian. Fokus pengkajian pada status lokalis (*neck dan vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat luka jahitan panjang 20 cm pada punggung tertutup kasa dan heparfix, cara jalan pasien normal, terdapat nyeri, perubahan suhu lokalis dan oedema pada tulang

belakang, luas gerak sendi bebas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien.

c. Kasus 3

Ny. M. Tanggal/jam kunjungan 3 Maret 2014, jam 9.30, nomor register 43 92 89, usia 32 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SD, sebagai ibu rumah tangga, alamat Ajung-Kalisat, *agama Islam, dengan diagnosis medis Spondilitis Tb* Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri meskipun tidak melakukan aktifitas, skala sedang (7), nyeri didaerah bekas operasi.

Riwayat penyakit sekarang, pasien post operasi debridement pada tanggal 7 Februari 2014, pasien periksa untuk rawat luka dan terasa nyeri pada bekas luka operasi. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah operasi Spondilitis Tb V Th XII-VII tahun 2013 yang lalu. tidak ada penyakit keturunan/genetik. Obat Tb sudah stop sejak 1 tahun yang lalu. Riwayat psikologi, pasien terlihat takut saat rawat luka. Riwayat spiritual, pasien memahami nilai beragama dan mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan kondisinya saat ini, pasien mengatakan tetap melakukan ibadah sholat 5 waktu. Penilaian budaya, pasien tidak pernah menjalani pengobatan di sangkal putung atau pijat alternatif, pada saat sakit pasien langsung dibawa ke RSD dr. Soebandi Jember.

Pemeriksaan fisik ditemukan data sebagai berikut: TD 120/80 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 158 cm, pasien menggunakan alat bantu berupa kursi roda, tidak ada protesa dan cacat tubuh, bisa melakukan aktivitas sehari-hari tetapi belum maksimal. Fokus pengkajian pada status lokalis (*Vertebra*), ditemukan data sebagai berikut: postur tubuh pasien terlihat normal, terdapat luka jahitan panjang 30 cm, terdapat nyeri pada luka post operasi, luas gerak sendi terbatas, sirkulasi perifer baik, dibuktikan

dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka kotor dan terbuka, terdapat tanda-tanda infeksi. Sensasi pada saraf *Median, Ulnar, Radial peroneal dan tibial* + 2 sedangkan pada motorik juga terkaji dengan sangat bagus. *Manual muscle test* mendapat skor 5 pada 5 item otot ekstremitas atas yang dikaji, yang artinya otot berfungsi normal dan mampu melawan tahanan maksimal. Pasien mampu mempertahankan kontraksi ketika dorongan maksimal diberikan pada pasien.

2. Analisis Data

a. Kasus 1

- Data Subyektif:

Pasien mengatakan luka dipunggungnya terkadang terasa perih

- Data Objektif:

terdapat luka jahitan post operasi 7 hari yang lalu panjang 30 cm tertutup kasa dan hepafix, terdapat nyeri pada luka, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik.

Kedaan luka bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, TD 150/100 mmHg, N 82 x/mnt, RR 21 x/mt, BB 69 Kg, TB 155 cm.

- Masalah keperawatan:

Risiko Infeksi

- Kemungkinan penyebab

Prosedur invasif tindakan pembedahan

b. Kasus 2

- Data Subyektif:

Pasien mengatakan punggungnya terkadang sakit

- Data Objektif:

terdapat luka jahitan post operasi 7 hari yang lalu panjang 20 cm tertutup kasa dan hepafix, terdapat nyeri pada luka, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik, kedaan luka bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, N 88 x/mnt, RR 20 x/mt, BB 25 Kg, TB 115 cm, BB 24 Kg, TB 115 cm.

- Masalah keperawatan:

Risiko Infeksi

- Kemungkinan penyebab
Prosedur invasif tindakan pembedahan

c. Kasus 3

- Data Subyektif:
Pasien mengatakan luka dipunggungnya terasa nyeri

- Data Objektif:
terdapat luka jahitan post operasi 12 hari yang lalu panjang 30 cm tertutup kasa dan heparfix, terdapat rembesan, terdapat nyeri pada luka, sirkulasi perifer baik, dibuktikan dengan warna pink, suhu hangat, CRT <2 dtk, dan turgor baik. Kedaan luka terbuka dankotor, terdapat tanda-tanda infeksi, TD 120/100 mmHg, N 80 x/mnt, RR 18 x/mt, BB 60 Kg, TB 158 cm.

- Masalah keperawatan:

Risiko Infeksi

- Kemungkinan penyebab

Prosedur invasif tindakan pembedahan, kerusakan jaringan kulit

3. Diagnosis Keperawatan

- a. Risiko tinggi infeksi yang berhubungan dengan Prosedur invasif tindakan pembedahan (kasus 1)
- b. Risiko tinggi infeksi yang berhubungan dengan Prosedur invasif tindakan pembedahan (kasus 2)
- c. Risiko tinggi infeksi yang berhubungan dengan Prosedur invasif tindakan pembedahan dan kerusakan jaringan kulit (kasus 3)

4. Intervensi

a. Kontrol Infeksi

1. Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh pasien
2. Ganti peralatan pasien setiap selesai tindakan
3. Batasi jumlah pengunjung
4. Ajarkan cuci tangan untuk menjaga kesehatan individu
5. Anjurkan pasien untuk cuci tangan dengan tepat
6. Gunakan sabun antimikrobial untuk cuci tangan
7. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan setelah meninggalkan ruangan pasien

8. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
9. Lakukan universal precautions
10. gunakan sarung tangan steril
11. Lakukan perawatan aseptik pada semua jalur IV
12. Lakukan teknik perawatan luka yang tepat
13. Ajarkan pasien untuk pengambilan urin porsi tengah
14. Tingkatkan asupan nutrisi
15. Anjurkan asupan cairan
16. Anjurkan istirahat
17. Berikan terapi antibiotik
18. Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi
19. Ajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi

b. Managemen Nutrisi

1. Tanyakan pada pasien tentang alergi terhadap makanan
2. Tanyakan makanan kesukaan pasien
3. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan
4. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan gaya hidup
5. Anjurkan peningkatan masukan zat besi yang sesuai
6. Anjurkan peningkatan masukan protein dan vitamin C
7. Anjurkan untuk banyak makan buah dan minum
8. Pastikan diit tidak menyebabkan konstipasi
9. Berikan pasien diit tinggi prtein, tinggi kalori

c. Perawatan luka

1. Buka plester
2. Catat karakteristik luka
3. Catat karakteristik drainase
4. Bersihkan luka dengan NaCl (normal saline)
5. Bersihkan daerah sekitar infuse
6. Berikan perawatan daerah luka
7. Masase area sekitar luka untuk meningkatkan sirkulasi
8. Pertahankan teknik steril dalam perawatan luka

9. Inspeksi luka setiap melakukan dressing
10. Laporkan adanya perubahan pada luka
11. Atur posisi untuk mencegah tekanan pada daerah luka
12. Ajarkan pada pasien/anggota keluarga tentang prosedur perawatan luka

5. Pelaksanaan

Prinsip Pelaksanaan

1. Melakukan perawatan luka dengan teknik steril
 2. Mengajarkan pada keluarga dan pasien untuk menjaga kebersihan luka
 3. Menganjurkan asupan nutrisi sesuai dengan gaya hidup dan diit yang tepat
 4. Menganjurkan pasien untuk kembali kontrol 7 hari lagi.
6. Evaluasi

Diagnosis risiko infeksi didapatkan dari data objektif pada ketiga kasus diatas pada pasien Ny. S dan An. Y dengan luka yang sudah menutup dan bersih dan pasien Ny. M luka post operasi tidak tertutup luka kotor dan terdapat tanda-tanda infeksi, terdapat abses yang meluas sehingga diperlukan tindakan dengan melakukan rawat luka dengan teknik steril dan menggunakan *modern dressing* dan memberikan pendidikan kesehatan agar pasien menjaga kebersihan luka dan makan dengan protein tinggi agar dapat membantu penyembuhan luka. Evaluasi dari tindakan yang diberikan dapat mengurangi risiko infeksi. Pada evaluasi terakhir setelah dilakukan perawatan, luka lebih bersih dan terawat.

d. Kajian keperawatan

Pada kasus diatas didapatkan 4 diagnosis, diagnosis yang pasti muncul adalah nyeri karena pasien *spondilitis TB* mendapatkan tindakan bedah. Pada diagnosis nyeri pasien rata-rata dengan skala nyeri ringan bertambah menjadi skala sedang apabila dipakai beraktivitas. Keadaan yang menimbulkan nyeri berawal dari infeksi kuman tuberculosis pada tulang yang menyebabkan timbulnya gejala yang biasanya dikeluhkan adanya benjolan pada tulang belakang yang disertai oleh nyeri. Untuk mengurangi rasa nyeri, pasien akan enggan menggerakkan punggungnya, sehingga seakan-akan kaku. Pasien

akan menolak jika diperintahkan untuk membungkuk atau mengangkat barang dari lantai. Nyeri tersebut akan berkurang jika pasien beristirahat. Tindakan yang telah diberikan petugas mengajarkan teknik relaksi dan disktraksi, memberikan lingkungan yang nyaman dan memberikan posisi pasien dengan nyaman pasien dapat mengontrol nyeri dan mendemonstrasikan cara melakukan distraksi untuk mengurangi skala nyeri saat di rumah.

Pasien dengan diagnosis kecemasan didapatkan data subjektif pasien cemas dengan keadaan lukanya karena sakit saat beraktivitas. Setelah diberi motivasi dan pendidikan kesehatan pasien dapat mengurangi kecemasan dan lebih rileks dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kecemasan pasien pada umumnya timbul setelah dilakukan tindakan invasif berupa pembedahan dan masih merasakan nyeri dan keadaan luka post operasi. Keadaan tersebut disebabkan kurangnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang di deritanya. Pemberian motivasi pada pasien dan keluarga dapat mengurangi kecemasan pasien.

Diagnosis risiko ketidakefektifan regimen terapeutik didapatkan data pasien mempunyai risiko karena beberapa kendala yaitu jarak rumah dan instansi kesehatan dan terkait juga dengan yang kurangnya pengetahuan tentang terapi untuk tuberculosis yang harus berkelanjutan. Seperti yang kita ketahui keberhasilan pengobatan tuberculosis sangat tergantung dari kepatuhan pasien menjalani terapi secara berkelanjutan dan harus dilakukan sesegera mungkin untuk menghentikan progresivitas penyakit serta mencegah paraplegia. Pemberian obat antituberculosis sesuai dengan kategori tuberculosis dan baru dapat dihentikan bila keadaan umum penderita bertambah baik, laju endap darah menurun dan menetap, gejala-gejala klinis berupa nyeri dan spasme berkurang serta gambaran radiologik ditemukan adanya union pada vertebra. Oleh karena itu motivasi oleh petugas kesehatan sangat dianjurkan agar pasien lebih yakin dan lebih patuh menjalani pengobatan.

Diagnosis risiko infeksi didapatkan dari data objektif pada pasien Ny. M luka post operasi tidak tertutup luka kotor dan terdapat tanda-tanda infeksi.

Prosedur invasif harus dilakukan bila dengan terapi konservatif tidak terjadi perbaikan paraplegia atau malah semakin berat, terdapat abses yang meluas sehingga diperlukan drainase, pada pemeriksaan CT scan dan MRI ditemukan adanya penekanan langsung pada medulla spinalis, cold abses (abses dingin), lesi tuberkulosa, paraplegia dan kifosis. tindakan yang diberikan adalah dengan melakukan rawat luka dengan teknik steril dan menggunakan *modern dressing* dan memberikan pendidikan kesehatan agar pasien menjaga kebersihan luka dan makan dengan protein tinggi agar dapat membantu penyembuhan luka. Evaluasi dari tindakan yang diberikan dapat mengurangi risiko infeksi. Pada evaluasi terakhir setelah dilakukan perawatan, luka lebih bersih dan terawat.

H. Daftar Pustaka

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Cheryl, W. M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Mosby: Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification*. Mosby: Elsevier
- NANDA International. 2012. *Nursing Diagnoses : Definitions & Classifications 2012-2014*. Jakarta : EGC
- Paramarta,dkk.2008.Sari Pediatri.*Spondilitis TB*. Denpasar: FK UNUD
- Rasyad, Chairuddin. 2003. *Pengantar Ilmu Bedah Ortopedi*. Makasar : Bintang Lamumpatue Wim de Jong, Spondilitis TBC, Dalam Buku Ajar Ilmu Bedah . Jakarta

BAB VI DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang dokumentasi asuhan keperawatan dan khususnya dokumentasi proses keperawatan yang dikaitkan dengan pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan

Kemampuan kerja:

Mampu menyusun dokumentasi asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.

Kemampuan manajerial:

Mampu menyusun dokumentasi dan mengimplementasikan dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menyusun dokumentasi pengkajian dalam asuhan pada klien
2. Menyusun dokumentasi diagnosis keperawatandalam asuhan pada klien
3. Menyusun dokumentasi rencana tindakan keperawatan
4. Menyusun dokumentasi tindakan keperawatan
5. Menyusun dokumentasi evaluasi hasil asuhan keperawatan

A. Pendahuluan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu bentuk pencatatan yang dilakukan perawat profesional dalam rangka memberikan bukti ontentik terhadap aktifitas keperawatan yang dilakukan selama perawat berinteraksi dengan klien. Dokumentasi ini selalu dilakukan di semua tatanan pelayanan kesehatan. Bab ini membahas berbagai aspek tentang dokumentasi dan memberikan penjelasan tentang prinsip-prinsip dokumentasi yang harus ada dalam tiap pencatatan. Masalah umum yang sering terjadi adalah adanya perbedaan yang menyolok antara model dokumentasi yang diinginkan dalam teori dokumentasi dengan model dokumentasi dalam tatanan praktis. Teori mengindikasikan dokumentasi yang lengkap, terperinci, komprehensif, dan holistik. Sementara dalam tatanan praktis efisien dan efektif menjadi ukuran mutu tanpa harus meninggalkan prinsip-prinsip dalam dokumentasi yang benar. Oleh karena itu perlu didiskusikan beberapa alternatif model dokumentasi yang dapat menjembatani perbedaan yang ada.

Pokok bahasan ini disusun dengan menggunakan pendekatan contoh format dengan harapan bisa dipakai sebagai alternatif menyusun pertimbangan mana diantara model dokumentasi yang ada yang lebih mudah diaplikasikan dan memberikan gambaran yang nyata tentang penerapan dokumentasi dalam tatanan praktis. Selama melakukan telaah terhadap dokumentasi keperawatan kendala, yang paling sering dirasakan menghambat dalam aplikasi dokumentasi adalah hal-hal khusus/spesifik yang harus ada dalam setiap pengakajian, rumusan diagnosis keperawatan, sampai dengan penentuan rencana tindakan keperawatan spesifik yang belum bisa ditampilkan/digambarkan dalam tiap dokumentasi yang dibuat. Mudah-mudahan topik ini dapat membantu para perawat profesional memperdalam dokumentasi keperawatan dan meningkatkan motivasi untuk mengaplikasikan dalam tatanan praktis.

B. Pengkajian

1. Pengertian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan (Rohmah dan Walid, 2012).

2. Syarat Dokumentasi

1. Lengkap

Data yang berkaitan dengan status kesehatan klien baik berupa data subyektif, data obyektif, data dasar, juga data fokus harus dapat diidentifikasi secara lengkap. Kehilangan data seringkali disebabkan karena ketidakmampuan mengambil data, kurang teliti dalam pengumpulan data, duplikasi data, kurangnya kemampuan untuk mengorganisasi data.

2. Akurat

Pengkajian harus mampu menghasilkan data yang akurat, yaitu data yang valid dan sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Ketidakakuratan data dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: kesalahan prosedur pengambilan data, alat/instrumen yang tidak dikalibrasi, klien yang tidak kooperatif. Oleh karena itu penting sekali memahami dan menguasai teknik wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik dengan baik dan benar dan kemampuan menyiapkan alat dengan tepat dan lengkap.

3. Nyata

Pengkajian keperawatan menjadi dasar bagi tersusunnya diagnosis yang tepat. Tahap diagnosis membutuhkan data nyata, yaitu data apa adanya yang benar-benar terjadi pada klien. Perawat sangat tidak diperkenankan membuat data-data yang baru berdasarkan estimasinya. Hal ini tidak etis dan tidak sesuai dengan yang dipersyaratkan dalam asuhan pada klien. Walaupun data itu merupakan data yang normal bukan merupakan data yang senjang.

(Nursalam, 2000; Rohmah dan Walid, 2012)

3. Macam Format Dokumen Pengkajian Keperawatan

1. Format terbuka

Format ini hanya memuat kata-kata kunci item yang harus dikaji. Isi dan model pencatatan diserahkan sepenuhnya pada kemampuan perawat dalam mengidentifikasi data-data yang perlu dan prioritas untuk dikaji. Perawat yang memahami detail pengkajian yang harus dilakukan akan mampu mengeksplorasi data secara komprehensif berdasarkan temuan-temuan saat pengkajian. Sebaliknya perawat pemula atau mahasiswa keperawatan yang

baru belajar melakukan pengkajian seringkali mendapatkan kesulitan untuk mengingat detail pengkajian, sehingga seringkali justru data yang diperoleh adalah sebatas pemahaman dan kemampuan melakukan pengkajian.

2. Format tertutup

Format ini berisikan pertanyaan yang bersifat tertutup, perawat tinggal memberikan tanda centrang pada point-point yang sesuai dengan temuan saat pengkajian. Model format semacam ini diyakini dapat menghemat waktu pengkajian dan terstandar. Namun demikian data subyektif hasil pengkajian seringkali tidak mendapatkan tempat yang memadai, sehingga banyak data-data subyektif yang tidak tercatat. Akibatnya masalah-masalah penting yang divalidasi oleh data subyektif tidak bisa muncul akibat kehilangan data.

3. Format hybrid

Format ini berupaya melakukan kombinasi dari dua format sebelumnya, hal ini dimaksudkan untuk meminimalkan kelemahan yang ada pada format terbuka dan tertutup. Format hybrid secara umum cocok digunakan untuk semua area karena tetap dapat efisien dari aspek waktu pengisian dan tidak mengurangi kelengkapan data yang diinginkan.

(Iyer dan Camp,2005)

Beberapa institusi rumah sakit menggunakan format terbuka, namun dalam kajian saat ini format terbuka dirasa sangat banyak membutuhkan waktu pencatatan, sehingga mulai banyak diminati format tertutup ataupun format kombinasi. Karakteristik ruangan juga memengaruhi bentuk dokumentasinya, unit gawat darurat dan rawat jalan termasuk unit yang membutuhkan format pengkajian efisien efektif dan pilihannya lebih banyak ke format kombinasi.

Penelitian Rohmah (2013) mendapatkan data bahwa format kombinasipun masih dijumpai pendokumentasian yang tidak lengkap. Beberapa item penting yang termasuk dalam data yang harus dikaji pada pengkajian awal belum mendapat perhatian yang memadai hal pada umumnya terkait dengan ketelitian, perhatian, konsistensi dalam melakukan pengkajian. Kekurangan ini akan dapat diminimalkan dengan supervisi yang kontinue terhadap dokumentasi yang dilakukan perawat pelaksana oleh ketua tim atau supervisi oleh kepala ruangan terhadap dokumentasi yang dibuat oleh ketua tim. Dengan demikian monitoring dan evaluasi yang

berkelanjutan dapat dipertahankan dan mutu dokumentasi dapat ditingkatkan secara terus menerus.

4. Contoh format

1. Format terbuka

FORMAT PENGKAJIAN

Tgl / jam MRS :
Ruang :
No. Register :
Dx. Medis :
Tgl/jam Pengkajian :

IDENTITAS KLIEN

Nama	:	Suami / Istri / Orang tua
Umur	:	Nama :
Jenis Kelamin	:	Pekerjaan :
Agama	:	Alamat :
Suku / Bangsa	:	
Bahasa	:	Penanggung jawab :
Pendidikan	:	Nama :
Pekerjaan	:	Alamat :
Status	:	
Alamat	:	

KELUHAN UTAMA

.....

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

.....

.....

Upaya yang telah dilakukan

.....

Terapi yang telah diberikan

.....

.....

RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

.....

.....

RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

Genogram :

Keadaan Lingkungan Yang Mempengaruhi Timbulnya Penyakit

.....
.....

POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan
.....
.....
2. Pola nutrisi dan metabolisme
.....
.....
3. Pola eliminasi
.....
.....
4. Pola aktifitas
.....
.....
5. Pola istirahat – tidur
.....
.....
6. Pola kognitif dan persepsi sensori
.....
.....
7. Pola konsep diri
.....
.....
8. Pola hubungan – peran
.....
.....
9. Pola fungsi seksual – seksualitas
.....
.....
10. Pola mekanisme koping
.....
.....
11. Pola nilai dan kepercayaan
.....
.....

PEMERIKSAAN FISIK

1. Status kesehatan umum
Keadaan / penampilan umum :
Kesadaran :..... G C S :
BB sebelum sakit :..... T B :.....
BB saat ini :.....

BB ideal :
Status gizi :
Status Hidrasi :
Tanda– tanda Vital:
TD : mmHg Suhu : °C
N : x/mnt RR : x/mnt

2. Kepala

.....
.....
.....

3. Leher

.....
.....
.....

4. Thorax (dada)

.....
.....
.....

5. Abdomen

.....
.....
.....

6. Tulang belakang

.....
.....
.....

7. Ekstrimitas

.....
.....
.....

8. Genetalia dan anus

.....
.....
.....

9. Pemeriksaan neurologis

.....
.....
.....

J. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1. Laboratorium

.....
.....
.....

2. Radiologi

.....
.....

K. TERAPI

1. Oral

.....
.....

2. Parenteral

.....
.....

3. Lain-lain

.....
.....

....., ...
Perawat yang mengkaji

NIP :

(Rohmah dan Walid, 2012).

NOTE:

Kelebihan:

1. Sangat fleksibel
2. Komprehensif
3. Memungkinkan eksplorasi data subyektif
4. Cocok untuk praktikan keperawatan

Kekurangan:

1. Kurang efisien
2. Kurang efektif
3. Kurang sesuai untuk unit-unit gawat darurat
4. Membuat frustrasi bagi yang menulis

2. Format tertutup

Format tertutup adalah format yang disusun dengan pertanyaan tertutup. Dimana jawaban sudah disediakan, perawat tinggal memilih dengan memberi tanda centang sesuai dengan kolom atau tempat yang disediakan. Beberapa unit yang sering menggunakan format ini adalah unit rawat jalan, unit gawat darurat, dan unit komunitas. Pada umumnya penggunaan format ini didasarkan pada jumlah pasien yang banyak sementara perawat yang bertugas terbatas. Sehingga format tertutup dianggap secara efisien dapat menyelesaikan permasalahan ini. Contoh item pengkajian daerah kepala:

Kepala:

Bentuk kepala:

- Brachicephal
- Dolicephal
- Mesocephal
- Caput succedaneum
- Cephalhaematom
- Asimetris
- Simetris

Lingkar kepala:

- Normocephal
- Mikrocephal
- Makrocephal

Ubun-ubun besar:

- Belum menutup
- Datar
- Cekung
- Cembung
- Lunak
- Berdenyut
- Sudah menutup

Rambut:

- Hitam
- Rambut jagung
- Botak
- Rata
- Rontok
- Bersih
- Kotor

Kulit kepala:

- Bersih
- Kotor
- Kutu
- Ketombe
- Luka

Mata:

- Bersih
- Kotor
- Edema palpebra
- Strabismus
- Ikterus

Kelebihan dan kekurangan antara lain:

Kelebihan:

1. Lebih efisien waktu
2. Lebih sedikit format (biaya)
3. Lebih efektif
4. Sesuai untuk kondisi akut
5. Lebih terstandar pengisiannya
6. Terstruktur dengan baik

Kekurangan:

1. Lebih kaku/ tidak fleksibel
2. Kurang komprehensif
3. Data subyektif tidak dapat dieksplorasi
4. Kurang sesuai untuk praktikan keperawatan

3. Format *hybrid* (kombinasi)

Format kombinasi adalah format pengkajian yang didesain dengan mempertimbangkan adanya komponen yang disusun secara tertutup, tetapi untuk point-point tertentu disusun secara terbuka. Beberapa format yang didesain secara kombinasi mempunyai kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

Kelebihan:

1. Efisien
2. Efektif

Kekurangan:

1. Data subyektif belum bisa di eksplorasi
2. Pola fungsi kurang komprehensif

3. Mudah pengisiannya
dan terstandar
4. Terstruktur



Contoh format *hybrid*

FORMAT PENGKAJIAN KLINIK KEPERAWATAN KOMPREHENSIF
DIADAPTASI DARI NIKMAH'S THE TREE MODEL OF PEDIATRIC BODY
SYSTEM ASSESSMENT(N-PBSA TREE MODEL)

UMUM	Nama: Umur: Agama: Pekerjaan ortu:	Penanggung Jawab: Alamat:	No register: DX. Medis Tgl/jam MRS: Tgl/jam pengkajian:
Keluhan utama: Riwayat Penyakit:			
B1	Airway: <input type="checkbox"/> Jalan napas bersih <input type="checkbox"/> RR: Kpm; <input type="checkbox"/> Sumbatan jalan napas <input type="checkbox"/> <i>ronchi</i> <input type="checkbox"/> <i>wheezing</i> <input type="checkbox"/> <i>stridor</i>	Breathing: <input type="checkbox"/> nyeri dada saat batuk/napas <input type="checkbox"/> Kesulitan bernapas <input type="checkbox"/> batuk produktif/ tidak produktif <input type="checkbox"/> <i>barrell cest</i> <input type="checkbox"/> <i>pigeon cest</i> <input type="checkbox"/> Retraksi dinding dada <input type="checkbox"/> <i>dyspnea/orthopnea/apnea</i>	<input type="checkbox"/> Merintih <input type="checkbox"/> ekspansi dada adekuat/inadekuat <input type="checkbox"/> skore down <input type="checkbox"/> Sianosis perifer/central <input type="checkbox"/> pernafasan cuping hidung <input type="checkbox"/> lain-lain
B2	Blood/kardiovaskuler: <input type="checkbox"/> nadi Kpm <input type="checkbox"/> tensi mmHg <input type="checkbox"/> BJ 1-BJ2 tunggal <input type="checkbox"/> murmur <input type="checkbox"/> nyeri dada <input type="checkbox"/> pucat/sesak saat aktifitas Hematologi: <input type="checkbox"/> perdarahan dari	Sirkulasi: <input type="checkbox"/> akral <input type="checkbox"/> CRT detik <input type="checkbox"/> suhu °C <input type="checkbox"/> mata <input type="checkbox"/> turgor detik <input type="checkbox"/> haus <input type="checkbox"/> UUB <input type="checkbox"/> in take cairan cc	Imunitas: <input type="checkbox"/> imunisasi HB0 <input type="checkbox"/> imunisasi BCG <input type="checkbox"/> imunisasi DPT 1,2,3 <input type="checkbox"/> imunisasi Polio 1,2,3,4 <input type="checkbox"/> imunisasi campak <input type="checkbox"/> reaksi imunisasi <input type="checkbox"/> tidak pernah imunisasi <input type="checkbox"/> alasan:

	<input type="checkbox"/> jumlah darahcc <input type="checkbox"/> ptecie <input type="checkbox"/> rumple leed test positif	<input type="checkbox"/> out put cairanC.....cc <input type="checkbox"/> cairan balanscc <input type="checkbox"/> dehidrasi <input type="checkbox"/> overhidrasi <input type="checkbox"/> edema :
B3	Brain/Persyarafan: <input type="checkbox"/> KU..... <input type="checkbox"/> GCS:..... <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> kaku kuduk <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> rewel <input type="checkbox"/> gelisah	Persyarafan: Pupil: <input type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> midriasis <input type="checkbox"/> miosis <input type="checkbox"/> unrespon Reflek: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/> parese \pm <input type="checkbox"/> plegi \pm <input type="checkbox"/> nyeri kepala <input type="checkbox"/> nyeri di..... PQRST.....	Persepsi sensoris: Gangguan indera: <input type="checkbox"/> penghidu <input type="checkbox"/> penglihatan <input type="checkbox"/> perabaan <input type="checkbox"/> pendengaran,..... <input type="checkbox"/> pengecapan Istirahat-tidur: tidur:.....jam/ hari <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> enuresis <input type="checkbox"/> tidak segar sewaktu bangun. Lain-lain : :
B4	Bladder/Perkemihan: <input type="checkbox"/> BAK.....Kph <input type="checkbox"/> warna..... <input type="checkbox"/> bau..... <input type="checkbox"/> PU.....cc/hari	<input type="checkbox"/> dysuria <input type="checkbox"/> pyuria <input type="checkbox"/> hematuria <input type="checkbox"/> poliuri <input type="checkbox"/> inkontinensia <input type="checkbox"/> oligouria <input type="checkbox"/> anuria <input type="checkbox"/> retensi urin	<input type="checkbox"/> kateter <input type="checkbox"/> cystostomy <input type="checkbox"/> pancaran urine kuat/lemah <input type="checkbox"/> phymosis <input type="checkbox"/> sirkumsisi Lain-lain :
B5	Bowel/Pencernaan: <input type="checkbox"/> bibir merah cerry <input type="checkbox"/> bibir/sudut pecah <input type="checkbox"/> gusi bengkak <input type="checkbox"/> lidah kotor <input type="checkbox"/> gigi susu tumbuh <input type="checkbox"/> gigi susu lepas <input type="checkbox"/> caries gigi, <input type="checkbox"/> gigi berlubang <input type="checkbox"/> moniliiasis <input type="checkbox"/> copliks spot <input type="checkbox"/> psudomembran <input type="checkbox"/> tonsil membesar	Pencernaan: <input type="checkbox"/> asites <input type="checkbox"/> melena <input type="checkbox"/> spider nevi <input type="checkbox"/> bising usus naik <input type="checkbox"/> nyeri mc burney <input type="checkbox"/> nyeri ulu hati <input type="checkbox"/> nyeri supra pubis Nutrisi : <input type="checkbox"/> anoreksia <input type="checkbox"/> mual <input type="checkbox"/> muntah <input type="checkbox"/> nyeri telan <input type="checkbox"/> colostomy <input type="checkbox"/> nyeri perut <input type="checkbox"/> kembung <input type="checkbox"/> BABKph, <input type="checkbox"/> diare/darah+ <input type="checkbox"/> konstipasi <input type="checkbox"/> sariawan	Nutrisi: <input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> susu formula <input type="checkbox"/> bubur halus <input type="checkbox"/> bubur kasar <input type="checkbox"/> sari buah <input type="checkbox"/> sonde <input type="checkbox"/> retensicc <input type="checkbox"/> intake(I)kcal/hari <input type="checkbox"/> kebutuhan (K).....kcal/hari <input type="checkbox"/> I-K=kcal/hari <input type="checkbox"/> diet..... <input type="checkbox"/> makanan antangan..... <input type="checkbox"/> alergi makanan..... Lain-lain :
B6	Bone/ Muskuloskeletal: <input type="checkbox"/> Sendi: bebas/kontraktur <input type="checkbox"/> terbatas pada <input type="checkbox"/> radang <input type="checkbox"/> nyeri	Integument /perawatan diri: <input type="checkbox"/> rambut bersih/kotor <input type="checkbox"/> lanugo+..... <input type="checkbox"/> ketombe <input type="checkbox"/> kutu <input type="checkbox"/> rontok <input type="checkbox"/> hidung bersih/kotor <input type="checkbox"/> mulut bersih/kotor <input type="checkbox"/> kulit bersih/kotor	<input type="checkbox"/> AKL bersih/kotor <input type="checkbox"/> iritasi perianal <input type="checkbox"/> meconium + <input type="checkbox"/> lubang anus \pm <input type="checkbox"/> mandiri/parsial

<input type="checkbox"/> tulang intak/open/close frak di <input type="checkbox"/> eksternal fiksasi di <input type="checkbox"/> kekuatan otot: kuat/lemah. Lain-lain :	<input type="checkbox"/> kulit intak <input type="checkbox"/> tali pusat blm lepas <input type="checkbox"/> icterus	<input type="checkbox"/> mandi/berpakaian/makan/ toileting/instrumental dibantu <input type="checkbox"/> jejas.....
B7 Breast: seksualitas Data Ibu: Payudara ibu : <input type="checkbox"/> lunak <input type="checkbox"/> keras <input type="checkbox"/> nyeri tekan <input type="checkbox"/> benjolan (fixed/ bergerak) Puting : <input type="checkbox"/> menonjol <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> tenggelam <input type="checkbox"/> lecet/luka ASI : <input type="checkbox"/> keluar/ tidak keluar <input type="checkbox"/> menyusui <input type="checkbox"/> tidak menyusui	Data anak: Perinatal: periksa kehamilan.....kali usia kehamilan..... mmg lahir ditolong..... BBL..... AS..... male: <input type="checkbox"/> mimpi basah <input type="checkbox"/> suara berubah <input type="checkbox"/> tumbuh jakun <input type="checkbox"/> sex pranikah <input type="checkbox"/> <i>homosex</i> <input type="checkbox"/> <i>merokok</i>	Data anak: <i>female:</i> <input type="checkbox"/> menarche <input type="checkbox"/> Menstruasiteratur/tidak teratur <input type="checkbox"/> menorrhagia <input type="checkbox"/> metrorraghia <input type="checkbox"/> dysmenorrea <input type="checkbox"/> amenorrhea <input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> gatal Payudara klien: <input type="checkbox"/> lunak <input type="checkbox"/> keras <input type="checkbox"/> nyeri tekan <input type="checkbox"/> benjolan (fixed/ bergerak)
B8 Bonding attachment: <input type="checkbox"/> IMD <input type="checkbox"/> ASI eksklusif <input type="checkbox"/> kunjungan keluarga <input type="checkbox"/> kelahiran diharapkan <input type="checkbox"/> keluarga responsive <input type="checkbox"/> tidak ada kekerasan fisik/non Fisik Psikologis orangtua: <input type="checkbox"/> ortu menangis/unkooperatif <input type="checkbox"/> berduka <input type="checkbox"/> kehilangan <input type="checkbox"/> depresi <input type="checkbox"/> panic <input type="checkbox"/> cemas <input type="checkbox"/> banyak Tanya <input type="checkbox"/> menyalahkan diri sendiri <input type="checkbox"/> menyalahkan orang lain <input type="checkbox"/> tidak menghiraukan anak <input type="checkbox"/>	Psikologis anak: <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> menangis <input type="checkbox"/> menjerit <input type="checkbox"/> menolak perawat <input type="checkbox"/> sedih <input type="checkbox"/> cemas <input type="checkbox"/> gelisah <input type="checkbox"/> marah <input type="checkbox"/> meronta <input type="checkbox"/> menolak tindakan <input type="checkbox"/> ingin pulang <input type="checkbox"/> berduka <input type="checkbox"/> kehilangan <input type="checkbox"/> depresi <input type="checkbox"/> panik <input type="checkbox"/> rendah diri <input type="checkbox"/> malu <input type="checkbox"/> menunduk <input type="checkbox"/> kontak mata negatif <input type="checkbox"/> sulit bicara <input type="checkbox"/> menarik diri Growth: <input type="checkbox"/> BBL..... <input type="checkbox"/> BBS..... <input type="checkbox"/> BBD..... <input type="checkbox"/> BBI..... <input type="checkbox"/> status gizi.....(.....%) <input type="checkbox"/> LK.....cm (N/L/K) <input type="checkbox"/> LILA.....cm (N/L/K)	Development: <input type="checkbox"/> new ballard score..... mgg <input type="checkbox"/> KMK <input type="checkbox"/> SMK <input type="checkbox"/> BMK (Reflek primitive) <input type="checkbox"/> reflek hisap kuat/lemah <input type="checkbox"/> reflek rooting +/- <input type="checkbox"/> reflek genggam <input type="checkbox"/> reflek babinski +/- <input type="checkbox"/> reflek moro +/- <input type="checkbox"/> kunj. posyandu rutin/tidak rutin <input type="checkbox"/> KPSP (S/M/G) <input type="checkbox"/> TDD (N/G) <input type="checkbox"/> TDL (N/G) <input type="checkbox"/> CHAT (N/G) <input type="checkbox"/> KMME (N/G) <input type="checkbox"/> GPPH (N/G) <input type="checkbox"/> Aktifitas bermain baik <input type="checkbox"/> malas bermain <input type="checkbox"/> lain-lain:
B9 Behavior and community: <input type="checkbox"/> peran berhubungan dengan keluarga/sebaya/lingkungan terganggu <input type="checkbox"/> minum alcohol <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> kebutuhan belajar:	Spiritual value: <input type="checkbox"/> belum mencapai internalisasi nilai baik-buruk <input type="checkbox"/> memahami nilai beragama <input type="checkbox"/> melaksanakan kegiatan ibadah <input type="checkbox"/> distress spiritual	Cultural value: <input type="checkbox"/> memercayai nilai dalam masyarakat tentang <input type="checkbox"/> melaksanakan ritual/tradisi budaya

<input type="checkbox"/> lingkungan keluarga/ sekolah/kelompok social/ masyarakat tidak sehat		<input type="checkbox"/> mempunyai adat-istiadat tentang kesehatan
B10 Blood examination <input type="checkbox"/> Laboratorium (tanggal/hasil/satuan) pilih yang focus dan sesuai	Pemeriksaan penunjang: <input type="checkbox"/> Radiologi (tanggal/hasil) <input type="checkbox"/> ECG (tanggal/hasil) <input type="checkbox"/> lain-lain (tanggal/hasil)	Terapi/medikasi: (tanggal/ nama obat dengan lengkap/ dosis pemberian/ cara pemberian)

.....2013

Nama mahasiswa
 NIM

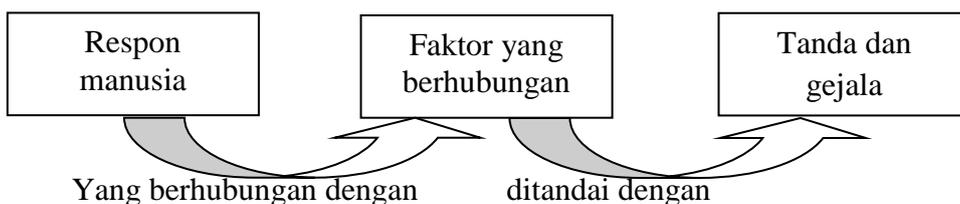
C. Diagnosis Keperawatan

1. Pengertian

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan potensial atau aktual (NANDA dalam Carpenito-Moyet, 2007)

2. Syarat Dokumentasi

Iyer dan Camp (2005) menggambarkan dokumentasi diagnosis keperawatan sebagai berikut:



Petunjuk dokumentasi diagnosis keperawatan

- 1) Tulislah dalam formula PES untuk tipe diagnosis keperawatan aktual
- 2) Tulislah dalam formula PE untuk tipe diagnosis keperawatan risiko, risiko tinggi, dan kemungkinan
- 3) Tulislah dalam formula P atau PE untuk tipe diagnosis keperawatan sindrom dan sejahtera
- 4) Gunakan singkatan **ybd** untuk menghubungkan antara Problem dan Etiologi, yang artinya **yang berhubungan dengan**
- 5) Gunakan singkatan **dd** untuk menghubungkan antara Etiologi dan Simtom, yang artinya **ditandai dengan**
- 6) Gunakan singkatan **st** untuk menghubungkan antara etiologi kedua dengan etiologi utama, yang artinya **sekunder terhadap**
- 7) Tulislah 1-3 simtom HANYA untuk simtom yang paling utama (pada umumnya masuk dalam katagori batasan karakteristik mayor) pada masalah keperawatan aktual
- 8) Gunakan singkatan **PK** untuk label masalah kolaboratif, yang artinya **potensial komplikasi** (Rohmah dan Walid, 2012).

Namun dalam tatanan praktis, sebagaimana yang digunakan oleh The Medical Center at Princeton dan Allegheny University Hospitals Hahnemann yang dipublikasikan dalam Iyer dan Camp (2005) menyusun dokumentasi diagnosis keperawatan hanya dalam satu bagian saja yaitu Problem. Beberapa pertimbangan yang dapat digunakan dalam penggunaan diagnosis satu bagian adalah:

- 1) Perawat mampu mendefinisikan diagnosis keperawatan dengan baik
- 2) Memahami hubungan sebab akibat dari masalah keperawatan yang terjadi
- 3) Mampu mengidentifikasi beberapa faktor yang diduga menjadi kemungkinan penyebab
- 4) Mampu mengidentifikasi batasan karakteristik mayor dan minor dari diagnosis keperawatan

Berdasarkan uraian diatas maka untuk kepentingan efisiensi maka diagnosis keperawatan diperkenankan ditulis dalam satu bagian. Namun beberapa kekurangan dari penggunaan diagnosis satu bagian ini adalah:

- 1) kurang dapat mencerminkan asuhan ini berada di area mana? Sehingga sulit bagi supervisor memberikan penilaian apabila hanya melihat dari diagnosisnya saja.
- 2) Tidak sesuai untuk perawat pemula, terutama praktikan keperawatan
- 3) Data tentang etiologi tidak terdokumentasi sehingga penelitian yang terkait dengan sebab-sebab timbulnya masalah keperawatan akan sulit dilakukan.
- 4) Penyusunan kriteria hasil tidak dapat disandarkan pada simtom (tanda/gejala) yang ada, karena tidak teridentifikasi pada diagnosis keperawatan.

3. Macam Format

- 1) Format terbuka
- 2) Format tertutup
- 3) Format Hybrid (kombnasi)

4. Contoh Format

- 1) Format terbuka

Daftar Diagnosa Keperawatan / Masalah Kolaboratif

Berdasarkan Urutan Prioritas

NO.	TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN / MASALAH KOLABORATIF	PARAF

<u>Kelebihan:</u>	<u>Kekurangan:</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Sangat fleksibel</u> 2. <u>Dokumentasi dalam formula lengkap dengan PES, PE, atau P</u> 3. <u>Memungkinkan eksplorasi dokumentasi diagnosis keperawatan sejahtera</u> 4. <u>Mampu mengidentifikasi dengan baik urutan diagnosis berdasarkan prioritas dan timbulnya masalah</u> 5. <u>Sesuai untuk perawat pemula</u> 6. <u>Jelas tanggung jawab dantanggung gugatnya</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Tidak efisien dalam waktu penulisan</u> 2. <u>Dapat terjadi penulisan pernyataan diagnostik yang beragam</u> 3. <u>Maksimal kemampuan menulis hanya 4 diagnosis (Rohmah, dkk. 2008)</u> 4. <u>Cenderung hanya bersifat fisik, dan hanya sedikit psikososial</u>

2) Format tertutup

Allegheny University Hospitals HahemannPatient Care Flow Sheet Dalam Iyer Dan Camp, 2005.

<u>Nursing Diagnosis</u>	<u>Target Outcome</u>	<u>Today's Goal, Patient Will:</u>	<u>Evaluation</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Activity intolerance</u>	<u>Tolerat activity</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>In. eff Airway clereance</u>	<u>Clear airway</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Anxiety</u>	<u>No Anxious</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>High Risk for aspiration</u>	<u>No Aspiration</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>In. eff Breathing Pattern</u>	<u>Effective breathing pattern</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Decreased cardiac out put</u>	<u>Normal cardiac out put</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Constipation</u>	<u>Normal bowel Elim</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Diarrhea</u>	<u>Normal bowel elim</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Fear</u>	<u>No fear</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>
<input type="checkbox"/> <u>Fluid volume alteration</u>	<u>Normal fluid volume</u>	<input type="checkbox"/> <u>Yes</u>	<input type="checkbox"/> <u>No Initials</u>

<input type="checkbox"/> Impaired gas exchange	Normal gas exchange	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Incontinence bowel	Continent	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Incontinence urine	Continent	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> High risk for infection	No infection	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> High risk for injury	No injury	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Alt nutrition	Well nourished	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Pain	Comfort	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Self care deficit	Self care independent	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> High risk for impaired skin intg	Intact skin	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Impaired skin integrity	Improved skin integrity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Impaired swallowing	Normal swallowing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Impaired tissue integrity	Normal tissue integrity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Altered tissue perfusion	Adequate tissue perfusion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> Altered urinary elimination	Normal urinary elimination	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/> In. eff thermo regulation	Normal termoregulatioan	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No Initials

Kelebihan:

1. Efisien waktu dan pencatatan
2. Simple
3. Pernyataan diagnostik terstandar dan baku

Kekurangan:

1. Kurang fleksibel/ kaku
2. Tidak menjelaskan prioritas
3. Tidak menunjukkan kronologis waktu

3) Format Hybrid

Daftar Diagnosa Keperawatan / Masalah Kolaboratif
Berdasarkan Urutan Prioritas

NO	TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN / MASALAH KOLABORATIF	PARAF
		<input type="checkbox"/> Ketidak efektifan bersihan jalan nafas <input type="checkbox"/> Ketidak efektifan pola nafas <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan melanjutkan ventilasi spontan <input type="checkbox"/> Risiko aspirasi <input type="checkbox"/> Kekurangan volume cairan <input type="checkbox"/> Kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/> Perubahan perfusi jaringan serebral <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer <input type="checkbox"/> Hipertermi <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Nyeri akut <input type="checkbox"/> Risiko cedera <input type="checkbox"/> Risiko perluasan infeksi <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Retensi urine <input type="checkbox"/> Inkontinensia urine/ alvi <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh <input type="checkbox"/> Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan menyusu <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Intoleransi aktifitas <input type="checkbox"/> Hambatan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri:..... <input type="checkbox"/> Risiko keterlambatan perkembangan <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional <input type="checkbox"/> Koping keluarga/individu tak efektif <input type="checkbox"/> Keterlambatan bonding attachment <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang <input type="checkbox"/> Kurang ketrampilan <input type="checkbox"/>	

Berdasarkan telaah pada format hybrid maka didapatkan kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

Kelebihan:

1. Menyatu dengan pengkajian
2. Mudah pengisiannya
3. Efisien waktu dan penulisan
4. Pernyataan baku dan terstandar

Kekurangan:

1. Terdapat duplikasi diagnosis
2. Boros tempat
3. Cenderung hanya diagnosis di area keperawatan medikal bedah
4. Belum menggambarkan diagnosis berhubungan kognisi, dan psikomotor

D. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Pengertian

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah dan Walid, 2012).

2. Syarat Dokumentasi

- 1) Rasional/ilmiah
- 2) Menunjukkan pemikiran kritis terhadap penyelesaian masalah
- 3) Komprehensif memenuhi kebutuhan pasien
- 4) Holistik

(Rohmah, 2008; Rohmah 2010).

3. Macam dokumentasi

- 1) Format terbuka
- 2) Format tertutup
- 3) Format hybrid (kombinasi)

4. Contoh Format

1) Contoh Format Rencana Tindakan Keperawatan model terbuka

TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL	PARAF

NOTE:

1. Contoh format Rencana Tindakan Keperawatan model tertutup

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Rencana tindakan	Tanda tangan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Hipertermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Hipotermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Risiko hipotermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Risiko hipertermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Ketidakseimbangan suhu tubuh</u>	<input type="checkbox"/> <u>Manajemen hipertermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen hipotermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen ketidakseimbangan suhu tubuh</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen pencegahan hipo/hipertermi</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Ketidak efektifan bersihan jalan nafas</u>	<input type="checkbox"/> <u>Manajemen pembersihan jalan nafas</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen pola nafas</u>	

	<input type="checkbox"/> <u>Ketidakefektifan pola nafas</u> <input type="checkbox"/> <u>Kerusakan pertukaran gas</u>	<input type="checkbox"/> <u>Manajemen pemenuhan kebutuhan oksigen</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen pendidikan kesehatan</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <u>Kekurangan volume cairan</u> <input type="checkbox"/> <u>Kelebihan volume cairan</u> <input type="checkbox"/> <u>Ketidakseimbangan elektrolit</u>	<input type="checkbox"/> <u>Manajemen rehidrasi sesuai tingkatan secara bertahap</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen restriksi cairan</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen penggunaan elektrolit</u> <input type="checkbox"/> <u>Manajemen nutrisi dan cairan maintenance</u>	

NOTE:

Kelebihan:

1. Terstruktur
2. Baku, terstandar
3. Lengkap
4. Mudah mengisi

3) Format hibryd

Kekurangan:

1. Membutuhkan banyak format (sesuai dengan jumlah diagnosis yang ada)
2. Tidak efisien biaya

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

<u>DIAGNOSA KEP./M.K</u>	<u>NOC</u>	<u>NIC dan IMPLEMENTASI</u>	<u>EVALUASI (SOAP)</u>	<u>Prf</u>
<input type="checkbox"/> <u>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas / pola nafas</u>	<u>Jalan nafas klien bersih dengan</u> <u>Indikator :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Nafas spontan (5)</u> <input type="checkbox"/> <u>RR (5)</u> <input type="checkbox"/> <u>Suara nafas (5)</u> 	<u>Manajemen bersihan jalan nafas</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>Nebulizer</u> <input type="checkbox"/> <u>Suction</u> <input type="checkbox"/> <u>O2 kanul/masker</u> <input type="checkbox"/> <u>Observasi fungsi pernafasan</u> <input type="checkbox"/> <u>Posisi</u> 	<u>Tgl/jam.....</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <u>nafas spontan (.....)</u> <input type="checkbox"/> <u>RRx/menit (.....)</u> <input type="checkbox"/> <u>Suara nafas.....(.....)</u> <input type="checkbox"/> <u>Sianosis.....(.....)</u> 	

	<input type="checkbox"/> <u>Sianosis</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Gerakan dada</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Retraksi</u> (5)	<input type="checkbox"/> <u>Pengambilan benda asing</u>) <input type="checkbox"/> <u>Gerakan dada</u> (.....) <input type="checkbox"/> <u>Retraksi</u> (.....) <u>Tujuan:</u> <input type="checkbox"/> <u>Tercapai, rencana dihentikan</u> <input type="checkbox"/> <u>Belum tercapai, rencana tindakan dilanjutkan</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Hipertermi</u>	<u>Suhu tubuh klien dbn, dengan indikator :</u> <input type="checkbox"/> <u>Suhu</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Akral HKM</u> (5)	<u>Manajemen hipertermi</u> <input type="checkbox"/> <u>Kompres dingin/hangat</u> <input type="checkbox"/> <u>Kolaborasi obat</u> <input type="checkbox"/> <u>Observasi suhu &akral</u>	<u>Tgl/jam</u> <input type="checkbox"/> <u>Suhu</u>°C (.....) <input type="checkbox"/> <u>Akral HKM</u> (.....) <u>Tujuan:</u> <input type="checkbox"/> <u>Tercapai, rencana dihentikan</u> <input type="checkbox"/> <u>Belum tercapai, rencana tindakan dilanjutkan</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Aktual/risiko Perubahan perfusi Jaringan serebral /perifer</u>	<u>Perfusi jaringan perifer /serebral klien adekuat dengan indikator :</u> <input type="checkbox"/> <u>kesadaran</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>GCS</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>pupil</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Tensi</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>nadi</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Selaput lendir</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>CRT</u> (5)	<u>Manajemen perfusi jaringan perifer/ serebral</u> <input type="checkbox"/> <u>Posisi head up</u> <input type="checkbox"/> <u>pemantauan TIK</u> <input type="checkbox"/> <u>infus</u> <input type="checkbox"/> <u>Tranfusi</u> <input type="checkbox"/> <u>Heating</u> <input type="checkbox"/> <u>Kolaborasi obat</u>	<u>Tgl/jam</u> <input type="checkbox"/> <u>kesadaran /GCS</u>(.....) <input type="checkbox"/> <u>pupil</u> (.....) <input type="checkbox"/> <u>Tensi</u> (.....) <input type="checkbox"/> <u>nadi</u>kpm(.....) <input type="checkbox"/> <u>Selaput lendir</u>(.....) <input type="checkbox"/> <u>CRT</u> (.....) <u>Tujuan:</u> <input type="checkbox"/> <u>Tercapai, rencana dihentikan</u> <input type="checkbox"/> <u>Belum tercapai, rencana dilanjutkan</u>	
<input type="checkbox"/> <u>Aktual/risiko kekurangan Volume cairan</u>	<u>Volume cairan klien seimbang dg indikator :</u> <input type="checkbox"/> <u>Turgor</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Tensi</u> (5) <input type="checkbox"/> <u>Nadi</u> (5)	<u>Manajemen Volume cairan</u> <input type="checkbox"/> <u>Infus</u> <input type="checkbox"/> <u>Minum</u> <input type="checkbox"/> <u>Sonde</u> <input type="checkbox"/> <u>Obs. dehidrasi</u>	<u>Tgl/jam</u> <input type="checkbox"/> <u>Turgor</u>dtk(.....) <input type="checkbox"/> <u>Tensi</u>mmHg(.....) <input type="checkbox"/> <u>Nadi</u>kpm(.....)	

			Tujuan: <input type="checkbox"/> Tercapai, rencana dihentikan <input type="checkbox"/> Belum tercapai, renc. Dilanjut	
<input type="checkbox"/> Nyeri akut	Nyeri klien berkurang dengan Indikator : <input type="checkbox"/> Skala nyeri 1-2 (5) <input type="checkbox"/> Ekspresi rileks (5) <input type="checkbox"/> Mobilitas fleksibel (5)	Manajemen Nyeri akut <input type="checkbox"/> Distraksi/relaksasi <input type="checkbox"/> Kolaborasi obat <input type="checkbox"/> Infus <input type="checkbox"/> Heating <input type="checkbox"/> Rawat luka <input type="checkbox"/> Pasang bidai <input type="checkbox"/> Pasang gips <input type="checkbox"/> Pasang ransel	Tgl/jam..... <input type="checkbox"/> Skala nyeri ... (....) <input type="checkbox"/> Wajah (.....) <input type="checkbox"/> Mobilitas (.....) Tujuan: <input type="checkbox"/> Tercapai, rencana dihentikan <input type="checkbox"/> Belum tercapai, rencana tindakan dilanjutkan	
<input type="checkbox"/> Ansietas	Ansietas klien berkurang dg Indikator : <input type="checkbox"/> Tdk ada keluhan (5) <input type="checkbox"/> cemas (5) <input type="checkbox"/> Ekspresi rileks (5)	Manajemen Ansietas <input type="checkbox"/> Komunikasi Terapi utik <input type="checkbox"/> Pendidikan kesehatan	tgl/jam..... <input type="checkbox"/> Keluhan (....) <input type="checkbox"/> Wajah..... (....), <input type="checkbox"/> Ansietas Tujuan: <input type="checkbox"/> Tercapai, rencana dihentikan <input type="checkbox"/> Belum tercapai, renc dilanjut	
<input type="checkbox"/> Kurangnya Pengetahuan/ ketrampilan tentang	Pengetahuan/ ketrampilan klien adekuat dg indikator: <input type="checkbox"/> Menyebutkan..... (5) <input type="checkbox"/> mengidentifikasi.. (5) <input type="checkbox"/> mendemonstrasikan (5)	Manajemen pendidikan kesehatan	Tgl/jam..... <input type="checkbox"/> menyebutkan..... (....) <input type="checkbox"/> mengidentifikasi..... (....) <input type="checkbox"/> Demonstrasikan..... (....) Tujuan: <input type="checkbox"/> Tercapai, rencana dihentikan <input type="checkbox"/> Belum tercapai, renc dilanjut	
<input type="checkbox"/>	Tgl/jam	

E. Pelaksanaan

1. Pengertian

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Rohmah dan Walid, 2012).

2. Syarat Dokumentasi

- 1) Etis
- 2) Kompeten
- 3) memenuhi kebutuhan pasien
- 4) memenuhi family advocacy (Rohmah, N. 2009)

3. Macam Format

- 1) Format terbuka
- 2) Format tertutup
- 3) Format hybrid

4. Contoh Format

- 1) Format terbuka

NO DIAGNOSA/ MASALAH KOLABORATIF	TGL /JAM	TINDAKAN	PARAF

NOTE:

Kelebihan:

1. Sangat fleksibel
2. Memungkinkan menulis sesuai dengan kronologis waktu
3. Respon pasien dapat dituliskan secara detail
4. Tanggung jawab kesalahan jelas

Kekurangan:

1. Tidak efisien waktu
2. Sangat bervariasi
3. Sering terjadi duplikasi waktu
4. Sering tidak diisi
5. Kadang-kadang tidak sesuai dengan rencana tindakan

2) Format tertutup

Format tertutup murni jarang sekali digunakan, karena berkaitan dengan akuntabilitas tindakan keperawatan. Siapa bertanggung jawab terhadap tindakan yang mana? Kapan dilakukan? Bagaimana memodifikasi tindakan bila situasi menginginkan? Dan lain sebagainya. Sehingga dalam makalah ini tidak dibahas contoh format tertutup.

3) Format hybrid

<u>Tanggal - jam</u>	<u>Tindakan</u>	<u>Ttd</u>	<u>Tindakan</u>	<u>Shiff</u>			<u>Ttd</u>
				<u>Pagi</u>	<u>Sore</u>	<u>Malam</u>	
			<u>Pengukuran suhu</u>				
			<u>Pengukuran nadi</u>				
			<u>Pengukuran respirasi</u>				
			<u>Pengukuran tekanan darah</u>				
			<u>Pengukuran GCS</u>				
			<u>Pengukuran BB</u>				
			<u>Pemasangan infus</u>				
			<u>Pemasangan NGT</u>				
			<u>Pemasangan kateter</u>				

			<u>Pemasangan restrain</u>				
			<u>Pendidikan kesehatan</u>				

Format-format pendukung implementasi/ tindakan antara lain:

1. Format observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
2. Format balans cairan dan nutrisi
3. Format daftar obat dan buku injeksi
4. Format penimbangan BB dan diet
5. Format lain yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan

F. Evaluasi

1. Pengertian

Evaluasi adalah penilaian hasil asuhan dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah dan Walid, 2012).

2. Syarat dokumentasi

- 1) sesuai dengan criteria hasil (S, O)
- 2) menunjukkan perkembangan atau keberhasilan (A)
- 3) ada rencana tindak lanjut (P)

(Iyer, P W. And Camp, N. H. 2005 ; Rohmah, N. 2009 ; Rohmah, N dan Walid, S. 2009).

3. Macam format

- 1) Format terbuka
- 2) Format tertutup
- 3) Format hybrid

4. Contoh format

1) Format terbuka

Tgl/Jam	Masalah Kep/ Kolaboratif	Catatan Perkembangan	Paraf

NOTE:

Kelebihan:

1. Fleksibel waktu
2. Fleksibel penulisan
3. Dapat menunjukkan kronologis waktu
4. Menunjukkan pertanggung jawaban yang jelas
5. Banyak digunakan karena lebih mungkin untuk memenuhi persyaratan dokumentasi yang baik

Kekurangan:

1. Cenderung tidak konsisten terhadap kriteria hasil
2. Cenderung memunculkan berbagai macam variasi penulisan
3. Kurang efisien dalam waktu

2) Format tertutup

Format tertutup jarang digunakan, karena setiap pasien membutuhkan pemenuhan kebutuhan yang berbeda. Target waktu dan pencapaian tujuan juga berbeda. Karakteristik pasien pada pencapaian hasil akhir juga tidak memungkinkan untuk dibuat model tertutup. Format tertutup untuk evaluasi tidak direkomendasikan.

3) Format hybrid

Format hybrid untuk evaluasi hanya direkomendasikan untuk evaluasi hasil, evaluasi proses lebih baik menggunakan format terbuka. Contoh evaluasi hasil dalam bentuk hybrid sudah dicontohkan dalam format rencana tindakan.

Format alternatif:

<u>No DK</u>	<u>Tgl/ jam</u>	<u>Pelaksanaan dan perkembangan (SOAP)</u>	<u>Ttd nama terang</u>
	<u>24 Juni 2012</u>		
	<u>08.00</u>		
<u>2</u>	<u>08.15</u>	<u>Suhu:39,7°C, Akral DBM</u>	
<u>2</u>	<u>08.30</u>	<u>Memberi kompres hangat</u>	
<u>1,2</u>	<u>09.00</u>	<u>Memberi minum teh hangat 1 gelas</u>	
<u>2</u>	<u>10.00</u>	<u>Memberi paracetamol 500 mg oral</u>	
<u>1,2</u>		<u>Suhu 38°C, nadi 96 Kpm,</u>	
	<u>10.20</u>	<u>Akral HBM</u>	
<u>2</u>	<u>10.30</u>	<u>Mengganti baju yang menyerap</u>	
<u>5</u>	<u>10.35</u>	<u>keringat</u>	
<u>2</u>		<u>Merapikan tempat tidur klien</u>	
	<u>12.00</u>	<u>Mengganti kompres</u>	
<u>1,2,3</u>		<u>RR 20 Kpm, Ronchi +/+,</u>	
	<u>.....</u>	<u>N= 92 Kpm, Suhu 38,9°C,</u>	
	<u>.....</u>	<u>Akral HKM, Kesad: CM, GCS: 456</u>	
	<u>.....</u>		
	<u>Dst</u>		
	<u>25 Juni 2012</u>		
<u>1,2,3</u>	<u>06.00</u>	<u>RR 18 Kpm, Ronchi +/+,</u>	
		<u>N= 80 Kpm, Suhu 37,8°C,</u>	
	<u>25 Juni 2012</u>	<u>Akral HKM, Kesad: CM, GCS: 456</u>	
	<u>06.30</u>		
		<u>S:-</u>	
		<u>O:</u>	
		<u>B1 =</u>	
		<u>RR 18 Kpm</u>	
		<u>Ronchi +/+</u>	
		<u>B2 =</u>	
		<u>Nadi 80 Kpm</u>	
		<u>Tensi 120/80mmHg</u>	
		<u>Suhu 37,8°C</u>	
		<u>Akral HKM</u>	

		<u>B3 =</u> <u>Kesadaran: CM, GCS: 456</u> <u>A:</u> <u>M1 masih terjadi</u> <u>M2 masih berpotensi terjadi</u> <u>M3 masih terjadi</u> <u>P: rencana tindakan dilanjutkan</u>	
--	--	--	--

Format evaluasi hasil bisa dilanjutkan dalam format terbuka, atau dibuat standar dalam format hybrid.

Demikian beberapa contoh formula dokumentasi proses keperawatan. Pemilihan model dokumentasi sebaiknya disusun dengan pertimbangan, antara lain: sumber daya perawat (baik jumlah maupun latar belakang pendidikan), sarana prasarana yang ada, dan kebijakan lain terkait dengan dokumentasi asuhan keperawatan yang berlaku setempat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, 2010. Dokumentasi dalam MAKP. Materi kuliah. PSIK Unmuh Jogjakarta.
- Carpenito dan Moyet, 2007. Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Jakarta: EGC
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., 2000, Nursing Outcomes Classification (NOC). Second Edition, IOWA Outcomes Project, Philadelphia. Mosby, Inc
-, 2000, Nursing Intervention Classification (NIC). Second Editions, IOWA Interventions Project, Philadelphia. Mosby, Inc.
- Iyer dan Camp. 2005. Dokumentasi Keperawatan. Suatu Pendekatan Proses Keperawatan. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Rohmah. 2008. Diktat Kuliah Dokumentasi Keperawatan. Buku Ajar FIKES Unmuh Jember
- Rohmah. 2009. Dokumentasi Keperawatan di Area Gawat Darurat. Seminar Keperawatan. RSD dr. Koesnadi Bondowoso.
- Rohmah. 2010. Proses keperawatan Dan *Evidence Based Nursing* Di Area keperawatan Anak Sebagai Dasar Dalam Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan Pada Anak. Buku Ajar FIKES Unmuh Jember
- Rohmah dan Walid. 2012. Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi Dilengkapi dengan NOC-NIC dan Aplikasi pada berbagai Kasus. Jogjakarta: Arruz media.

BAB VII

APLIKASI DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI UNIT RAWAT JALAN ORTHOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

Capaian pembelajaran

Sikap dan tata nilai:

Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dan penuh tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya dengan memerhatikan nilai, norma, etik, seni, dan kiat keperawatan

Penguasaan pengetahuan:

Menguasai teori secara umum tentang dokumentasi unit rawat jalan dan khususnya di unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi

Kemampuan kerja:

Mampu menyusun dokumentasi asuhan keperawatan pada unit rawat jalan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan.

Kemampuan manajerial:

Mampu mengelola dokumentasi unit rawat jalan dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat

Kemampuan akhir yang diharapkan:

1. Menjelaskan dokumentasi unit rawat jalan
2. Menyusun dokumentasi pengkajian unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi
3. Menyusun dokumentasi diagnosis keperawatan unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi
4. Menyusun dokumentasi rencana tindakan keperawatan unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi
5. Menyusun dokumentasi tindakan keperawatan unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi
6. Menyusun dokumentasi evaluasi keperawatan unit rawat jalan orthopedi dan traumatologi

A. Dokumentasi Unit Rawat Jalan Pendekatan Proses Keperawatan

1. Pengertian

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien (Lyer dan Camp, 2004).

Dokumentasi Asuhan Keperawatan unit rawat Jalan adalah dokumentasi asuhan keperawatan yang digunakan pada unit rawat jalan (Rohmah, 2009).

2. Analisis Situasi Unit Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan kepada seorang pasien untuk tujuan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Perbedaan mendasar pada instalasi rawat jalan dengan rawat inap adalah lamanya kontak antara perawat dengan pasien, keparahan penyakit yang diderita dan kesempatan pasien untuk melakukan kunjungan ulang. Beberapa karakteristik pasien di unit rawat jalan antara lain:

- a) Pasien yang tidak membutuhkan perawatan di ruang rawat inap (cukup rawat jalan) dan tidak memerlukan kunjungan ulang.
- b) Pasien yang tidak membutuhkan perawatan di ruang rawat inap (cukup rawat jalan) tetapi membutuhkan kunjungan ulang secara kontinue dalam jangka waktu tertentu.
- c) Pasien yang pada akhirnya karena berbagai macam sebab atau kondisi membutuhkan rawat inap.

Karakteristik yang berbeda dari pasien yang dirawat di unit rawat jalan menjadikan dokumentasinya menjadi spesifik karena pada akhir evaluasinya membutuhkan identifikasi rencana tindak lanjut perawatan pasien berdasar ketiga karakteristiknya.

Selain itu unit rawat jalan juga memerlukan spesifikasi berdasarkan kebijakan rumah sakit. Beberapa rumah sakit sudah sangat spesifik membagi unit, misalnya: Poli Paru, Poli Jantung, Poli Syaraf, Poli Mata, Poli THT dan lain-lain. Sementara rumah sakit yang lain hanya membuka pelayanan Poli Penyakit dalam. Contoh lainnya: Poli Urologi, Poli Orthopedi, Poli Bedah Umum, sementara rumah sakit lain hanya membuka

Poli Bedah. Hal ini juga memengaruhi sejauh mana poin-poin atau sistem tubuh perlu dikaji secara mendalam. Semakin spesifik unit rawat jalan maka kajian di point tertentu juga semakin spesifik dan mendalam, sedangkan sistem atau point lain dikaji secara superfisial. Dengan demikian diagnosis keperawatannya juga mempunyai kebutuhan yang berbeda sesuai dengan gangguan sistem yang ditangani di unit tersebut.

3. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Handayaningsih, 2007).

a. Langkah – Langkah

- 1) Tetapkan format yang sesuai dengan unit rawat jalan
- 2) Tentukan sumber data
- 3) Lakukan pencatatan dengan lengkap dan sistematis

b. Data Fokus

Data fokus keperawatan adalah data tentang perubahan – perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada klien. Pengkajian data fokus biasanya dilakukan untuk memonitor masalah secara spesifik oleh perawat, klien dan keluarga berdasarkan keadaan klien.

- 1) Data hasil anamnesa: nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, genogram dan pola fungsi kesehatan yang terkait dengan gangguan sistemnya.
- 2) Data hasil pemeriksaan fisik: diutamakan kelengkapan data pada area yang sesuai dengan gangguan system juga termasuk area yang dipengaruhi gangguan system yang terjadi. Kedalaman data hasil pemeriksaan sangat diperlukan untuk dapatnya menegakkan masalah keperawatan yang sesuai.

4. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan baik aktual ataupun potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Pada dasarnya masalah keperawatan di instalasi rawat jalan terbagi atas empat area:

- a. Masalah yang berhubungan dengan kurang pengetahuan
- b. Masalah yang berhubungan dengan perubahan aspek afektif
- c. Masalah yang berhubungan dengan psikomotor
- d. Masalah yang berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh

Masalah keperawatan yang diangkat hendaknya betul-betul mempertimbangkan perbedaan-perbedaan yang terjadi dengan perawatan di unit rawat inap. Lamanya kontak perawat pasien di rawat jalan merupakan aspek pertimbangan yang mendasar. Masalah-masalah yang bersifat perubahan fungsi tubuh tidak akan dapat diselesaikan dalam waktu yang singkat. Misalnya hipertermi, perubahan nutrisi kurang/lebih dari kebutuhan, kerusakan mobilitas fisik dan lain sebagainya. Oleh karena itu bagi perawat yang akan menetapkan masalah perubahan fungsi tubuh hendaknya dipertimbangkan pada pasien yang dipastikan akan melakukan kunjungan ulang.

Masalah-masalah yang relatif dapat diselesaikan dalam kunjungan singkat pasien di instalasi rawat jalan adalah masalah yang bersifat deficit knowledge, perubahan afektif dan psikomotor. Contoh diagnosis keperawatan di unit rawat jalan dibawah ini ditulis dalam formasi PE (problem yang berhubungan dengan etiologi)

- 1) Kurangnya pengetahuan tentang (.....) yang berhubungan dengan tidak ada pengalaman.
- 2) Ansietas yang berhubungan dengan mispersepsi terhadap penyakit yang diderita.

5. Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya).

Kerangka waktu dalam tujuan perencanaan pada unit rawat jalan harus memperhatikan lamanya kontak perawat pasien. Desain pembelajaran harus disesuaikan dengan masalah yang ada, latar belakang budaya dan sarana prasarana yang tersedia.

Setting metode pembelajaran juga perlu direncanakan dengan baik, karena penggunaan metode yang tepat sangat membantu pencapaian tujuan yang diinginkan. Dengan masalah yang sama masing – masing pasien membutuhkan pendekatan berbeda, hal ini dapat terjadi karena faktor latar belakang budaya dan bahasa, pendidikan, pekerjaan dan kepentingan. Metode yang dapat dipakai antara lain : ceramah dan tanya jawab, diskusi, konseling, demonstrasi dan bermain peran.

6. Pelaksanaan

Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pemenuhan kebutuhan fisik dan emosional adalah variasi, tergantung individu dan masalah yang spesifik. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggungjawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan. Persiapan alat pada kegiatan pembelajaran adalah menyiapkan *Planning of Action* (POA). Format POA pada umumnya disediakan oleh institusi, tetapi pada umumnya terdiri dari judul, kompetensi dasar, standar kompetensi, sasaran, waktu dan tempat, materi, metode, media, skenario pembelajaran, kriteria evaluasi.

Persiapan tempat dan pemilihan waktu yang tepat, serta metode pembelajaran yang sesuai pada umumnya dapat membantu memaksimalkan hasil pembelajaran. Oleh karena itu maka perlu pencatatan yang tepat supaya pembelajaran yang dilakukan betul-betul memenuhi standar VIII dari standar asuhan keperawatan.

7. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Alfaro-LeFevre, 1994 dalam Deswani, 2009). Kriteria keberhasilan dalam pembelajaran menekankan aspek kognitif, afektif dan psikomotor.

8. Dokumentasi keperawatan menurut Hidayat (2002) mempunyai beberapa kegunaan bagi perawat dan klien antara lain:

a. Sebagai alat komunikasi

Dokumentasi dalam pemberian asuhan keperawatan yang terkoordinasi dengan baik akan menghindari atau mencegah informasi yang berulang. Kesalahan juga akan berkurang sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Disamping itu komunikasi juga dapat dilakukan secara efektif dan efisien.

b. Sebagai mekanisme pertanggung gugatan/ dokumentasi legal

Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Oleh karena itu kualitas kebenaran standar pendokumentasian akan mudah dipertanggung jawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.

c. Metode pengumpulan data/statistik

Dokumentasi dapat digunakan untuk melihat data-data pasien tentang kemajuan atau perkembangan dari pasien secara objektif dan mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi dapat digunakan juga

sebagai bahan penelitian, karena data-datanya otentik dan dapat dibuktikan kebenarannya. Selain itu dokumentasi dapat digunakan sebagai data statistik.

d. Sarana pelayanan keperawatan secara individual .

Tujuan ini merupakan integrasi dari berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan bio, spiko, sosial dan spiritual sehingga individu dapat merasakan manfaat dari pelayanan keperawatan.

e. Sarana evaluasi.

Hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah didokumentasikan adalah evaluasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

f. Sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan .

Melalui dokumentasi, tenaga dokter, ahli gizi, fisioterapi dan tenaga kesehatan akan saling kerjasama dalam memberikan tindakan yang berhubungan dengan klien. Karena hanya lewat bukti-bukti otentik dari tindakan yang telah dilaksanakan kegiatan tersebut akan berjalan secara professional.

g. Sarana pendidikan lanjutan/ penelitian

Bukti yang telah ada menuntut adanya system pendidikan yang lebih baik dan terarah sesuai dengan program yang diinginkan klien. Khusus bagi tenaga perawat bukti tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pendidikan lanjutan tentang keperawatan.

h. Dokumentasi berguna untuk memantau/audit

Kualitas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN INSTALASI RAWAT JALAN



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
JEMBER**

Jl. Karimata 49 Jember Telp. 0331-332240

PENGKAJIAN PASIEN RAWAT JALAN

Tgl/jam kunjungan :

Diagnosa Medis :

No Reg :
 Nama :
 Umur : L / P
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Agama :

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

**Poli
Orthopedi
Dan
Traumatolog
i**

Keluhan Utama :



S D

(**)
Ket. Gbr:

Riwayat Penyakit Sekarang :

Riwayat Penyakit Dahulu :

Tanda Vital	Skrining Nutrisi	Fungsional	Penilaian Tingkat Nyeri
TD : mmHg	BB : Kg	Alat Bantu : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Apakah terdapat Nyeri <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Skala :
N : x/mnt	TB : cm	Protesa : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
P : x/mnt	L.K : cm	Jenis :	Bila ya bagaimana? (*).
	Alergi :	Cacat tubuh : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
		ADL : <input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dibantu	

Riwayat Psikologi

<input type="checkbox"/> Menerima	<input type="checkbox"/> Pasrah	<input type="checkbox"/> Cemas	<input type="checkbox"/> Takut	<input type="checkbox"/> Menggunakan obat penenang	<input type="checkbox"/> Sulit Tidur
<input type="checkbox"/> Cepat lelah		<input type="checkbox"/> Merasa bersalah		<input type="checkbox"/> Putus asa	<input type="checkbox"/> Depresi

Riwayat Spiritual

<input type="checkbox"/> Belum mencapai internalisasi nilai baik-buruk	<input type="checkbox"/> Memahami nilai beragama	<input type="checkbox"/> Melaksanakan kegiatan ibadah	<input type="checkbox"/> Distress spiritual
--	--	---	---

Penilaian Budaya

Melaksanakan ritual atau tradisi budaya:

- Sangkal Putung
- Lain-lain, sebutkan.....

Fokus Pengkajian Status Lokalis

<i>Posture</i>	<i>Look</i>	<i>Feel</i>	<i>Move</i>	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lordosis <input type="checkbox"/> Kyphosis <input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Sikatrik <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Tanda Lahir <input type="checkbox"/> Haematom <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perubahan suhu lokalis <input type="checkbox"/> Odema <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Krepitasi	Luas Gerak Sendi	
			<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Terbatas
			Pengkajian Sirkulasi Perifer	
			Warna	<input type="checkbox"/> Pink
Suhu	<input type="checkbox"/> Hangat	<input type="checkbox"/> Dingin	<input type="checkbox"/> Panas	
CRT	<input type="checkbox"/> <2 dtk	<input type="checkbox"/> >2 dtk	<input type="checkbox"/> Immediate	

	Deformitas <input type="checkbox"/> CTEV <input type="checkbox"/> LLD :..... Cm <input type="checkbox"/> Dislokasi	<input type="checkbox"/> Kesemutan	Turgor/Edema <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Mengkilat <input type="checkbox"/> Distended	Pengkajian Integumen	
	Jalan pasien : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Menyeret <input type="checkbox"/> Pincang		Keadaan luka <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor		
	<i>Neurovascular Ass. of Upper and Lower Extremity</i>		Tanda-tanda Infeksi		
		<i>Sensation</i>	<i>Motion</i>	<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Tumor
	<i>Median Nerve</i>			<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Functiolaesa
	<i>Ulnar Nerve</i>			<input type="checkbox"/> Kalor	
	<i>Radial Nerve</i>			<i>Manual Muscle Test</i> ————— 	
	<i>Peroneal Nerve</i>				
	<i>Tibial Nerve</i>				
	<i>Catatan</i>		X-ray (***)		

Petunjuk pengisian :

Beri tanda “√” (centang) pada kotak ()sesuai hasil pengkajian

* Isi dengan PQRST

** Lingkari bagian fraktur pada gambar

*** Cantumkan hasil bacaan hasil x-ray

Jember, - - 20.....

Perawat

(.....)

DIAGNOSIS KEP.	NOC	NIC	EVALUASI
Ketidakefektifan regimen terapeutik tentang pengobatan yang ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Berobat ke sangkal putung <input type="checkbox"/> Pernyataan keluarga dan pasien tidak mendukung regimen pengobatan <input type="checkbox"/> Munculnya komplikasi 	Klien mampu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meyakini bahwa sangkal putung adalah terapi yang kurang efektif(...) <input type="checkbox"/> Melakukan kunjungan ulang dan minum obat secara teratur(...) <input type="checkbox"/> Mengenal tanda gejala komplikasi(...) <input type="checkbox"/> Mengurangi merokok (...) 	Manajemen penkes modifikasi perilaku: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kaji tindakan yang sudah dilakukan pasien (contoh: pergi ke alternative /sangkal putung) <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk mengurangi merokok <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemasangan gips 	S: O: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meyakini bahwa sangkal putung adalah terapi yang kurang efektif <input type="checkbox"/> Melakukan kunjungan ulang dan minum obat secara teratur <input type="checkbox"/> Mengenal tanda gejala komplikasi <input type="checkbox"/> mengurangi rokok A: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi P:
Kurang pengetahuan <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proses penyembuhan penyakit <input type="checkbox"/> Penatalaksanaan dietari <input type="checkbox"/> Penatalaksanaan spiritual <input type="checkbox"/> Penatalaksanaan seksualitas yang ditandai dengan: <input type="checkbox"/> Menyatakan secara verbal adanya masalah. 	Klien dan keluarga mampu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengikuti program yang dianjurkan (...) <input type="checkbox"/> Menyebutkan jenis makanan untuk mempercepat proses penyembuhan luka(...) <input type="checkbox"/> Menunjukkan perhatian dan kasih sayang terhadap pasien(...) <input type="checkbox"/> Menerima keadaan yang dialami dengan lapang dada(...) <input type="checkbox"/> Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan (...) 	Manajemen penkes peningkatan pengetahuan <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan proses penyembuhan penyakit dengan cara yang tepat Manajemen penkes penatalaksanaan dietari <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan jenis makanan yang membantu proses penyembuhan luka Manajemen penkes penatalaksanaan spiritual <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajarkan cara beribadah sesuai dengan kondisi saat ini Manajemen penkes penatalaksanaan kebutuhan seksualitas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan keluarga/pasangan untuk memberikan support seksual terkait dengan kondisi pasien 	S: Pasien menyebutkan : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menyebutkan jenis makanan untuk mempercepat proses penyembuhan luka <input type="checkbox"/> Menunjukkan perhatian dan kasih sayang terhadap pasien <input type="checkbox"/> Pasien mengerti pentingnya beribadah terlebih untuk proses kesembuhannya O: Pasien tampak: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menerima keadaannya A: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi P:

<p>Hambatan mobilitas fisik, ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perubahan cara berjalan <input type="checkbox"/> Keterbatasan rentang gerak sendi <input type="checkbox"/> Nyeri 	<p>Pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menggerakkan sendi(...) <input type="checkbox"/> Menggunakan alat bantu gerak dengan benar(...) <input type="checkbox"/> Adaptasi dengan nyeri yang dirasakan(...) 	<p>Manajemen penatalaksanaan terapi latihan gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajarkan dan demonstrasikan cara menggunakan alat bantu gerak <input type="checkbox"/> Ajarakan teknik ROM pasif-aktif sesuai indikasi <input type="checkbox"/> Ajarkan cara mengubah posisi 	<p>S: Pasien mampu melakukan aktivitas tanpa rasa nyeri</p> <p>O: Pasien mendemonstrasikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cara menggunakan alat bantu gerak <input type="checkbox"/> Teknik ROM aktif-pasif <input type="checkbox"/> Cara mengubah posisi dengan benar <p>A: <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi</p> <p>P:</p>
<p>Risiko infeksi ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan <input type="checkbox"/> Prosedur invasif <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Penyakit kronis 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rubor (-) (...) <input type="checkbox"/> Dolor (-) (...) <input type="checkbox"/> Kalor (-) (...) <input type="checkbox"/> Tumor (-) (...) <input type="checkbox"/> Fungsio laesa (-) (...) <input type="checkbox"/> Keadaan luka bersih 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda infeksi <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik cuci tangan yang benar <input type="checkbox"/> Lakukan perawatan luka 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Kalor <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Fungsio laesa <input type="checkbox"/> Keadaan luka bersih <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi <p>P:</p>
<p>Kecemasan ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Kurang istirahat <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Nyeri perut <input type="checkbox"/> Penurunan TD dan denyut nadi <input type="checkbox"/> Diare, mual, kelelahan. 	<p>Klien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas(...) <input type="checkbox"/> Vital sign dalam batas normal (...) <input type="checkbox"/> Ekspresi rileks(...) 	<p>Manajemen penkes penurunan kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur. <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk mendampingi klien. <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. <input type="checkbox"/> Kelola pemberian obat anti cemas: 	<p>S: Pasien menyebutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tanda gejala cemas <input type="checkbox"/> Teknik mengontrol cemas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TD: mmHg <input type="checkbox"/> N: x/mnt <input type="checkbox"/> RR: x/mnt <input type="checkbox"/> Ekspresi rileks <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi <p>P:</p>
<p>Nyeri akut: ditandai dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan nyeri <input type="checkbox"/> Wajah tampak kesakitan <input type="checkbox"/> Sikap hati-hati 	<p>Pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menggunakan teknik rileksasi yang diajarkan (...) <input type="checkbox"/> Mengontrol nyeri (...) <input type="checkbox"/> Skala nyeri (...) 	<p>Manajemen penkes penatalaksanaan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kaji nyeri dengan teknik PQRST <input type="checkbox"/> Ajarkan teknik rileksasi (nafas dalam dan kompres hangat) 	<p>S: Pasien mampu mengontrol nyeri, skala nyeri 1-3</p> <p>O: Pasien mendemonstrasikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teknik rileksasi nafas dalam <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teratasi <input type="checkbox"/> Belum teratasi <p>P:</p>

B. Petunjuk Teknis Pengisian Format Asuhan Keperawatan Rawat Jalan

1. No. Register: Diisi dengan nomor register pasien, contoh: RM 10.11.12
2. Nama: Diisi dengan nama pasien, contoh: Tn. Mahfudz
3. Umur: Diisi dengan umur pasien, contoh: 60 tahun
4. Jenis kelamin: Diisi dengan jenis kelamin pasien, contoh: laki-laki
5. Pendidikan: Diisi dengan pendidikan pasien, contoh: SMA
6. Pekerjaan: Diisi dengan pendidikan pasien, contoh: PNS
7. Agama: Diisi dengan agama pasien, contoh: Islam
8. Alamat: Diisi dengan alamat pasien, contoh: Jl. Mawar II No 57
9. Tgl/jam Kunjungan: Diisi dengan tgl/jam kunjungan pasien, contoh: 26 Februari 2014/11.30 WIB
10. Diagnosa Medis: Diisi dengan diagnosa medis pasien, contoh: OF CrurisSinistra
11. Keluhan utama: Diisi dengan keluhan pasien, contoh: nyeri pada kaki kiri
12. Riwayat Penyakit Sekarang: tanyakan kepada pasien atau keluarga alasan kenapa pasien datang ke poli
13. Riwayat Penyakit Dahulu: tanyakan tentang riwayat penyakit yang pernah diderita, penyakit kronis, menular, menurun dan riwayat alergi
14. Tanda-tanda vital
 - a. TD: Diisi dengan hasil dari tekanan darah pasien
 - b. Nadi: Diisi dengan hasil dari penghitungan nadi pasien
 - c. P: Diisi dengan hasil dari penghitungan pernafasan pasien
15. Skrining nutrisi
 - a. BB: Diisi dengan hasil penimbangan berat badan pasien
 - b. TB: Diisi dengan hasil pengukuran tinggi badan pasien
 - c. LK: Diisi dengan penghitungan lingkaran kepala pasien
 - d. Alergi: Diisi dengan riwayat alergi yang dimiliki pasien, baik makanan atau obat

16. Fungsional

- a. Alat bantu: Jawaban “Ya” untuk pasien yang menggunakan alat bantu, seperti: alat bantu gerak, dengar, dll. Jawaban “Tidak” bila pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.
- b. Protease: Jawaban “Ya” untuk pasien yang menggunakan protease, seperti: gigi palsu, kaki palsu, dll. Jawaban “Tidak” bila pasien tidak menggunakan protease apapun.
- c. Cacat tubuh: Jawaban “Ya” bila pasien memiliki cacat tubuh, jawaban “Tidak” bila pasien tidak memiliki cacat tubuh.
- d. ADL/*Activity Daily Living*: Jawaban “Mandiri” bila pasien mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan, dan jawaban “Dibantu” bila pasien membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas

17. Penilaian tingkat nyeri

- a. Jawaban “Ya” bila terdapat nyeri dan “Tidak” bila tidak ada nyeri yang dirasakan
- b. Skala nyeri: Diisi dengan rentang nyeri mulai 1-10, Kategori: Nyeri ringan pada rentang 1-3, sedang pada rentang 4-6, berat pada rentang 7-10
- c. PQRST:
 - f) *Provokes*: faktor yang menimbulkan rasa nyeri (aktivitas, spontan, stres, dll)
 - g) *Quality*: apakah tumpul, tajam, tertekan, dalam, permukaan dll. Apakah pernah merasakan nyeri seperti itu sebelumnya?
 - h) *Radiation*: apakah menyebar (rahang, punggung, tangan dll). Apa yang membuat lebih baik (posisi) ? apa yang mempertambah buruk (inspirasi, pergerakan)?
 - i) *Severity*: jelaskan skala nyeri dan frekuensi. Apakah disertai dengan gejala seperti (mual, muntah, pusing, diaphoresis, pucat, nafas pendek, sesak, tanda vital yang abnormal dll)
 - j) *Time*: kapan mulai nyeri? Apakah konstan atau kadang – kadang? Bagaimana lama? tiba – tiba atau bertahap? Apakah mulai setelah anda makan? Frekuensi?

18. Riwayat Psikologi

Beri tanda centang (✓) pada kotak, diisi sesuai dengan keadaan pasien saat dikaji.

19. Riwayat spiritual

- a. Belum mencapai internalisasi baik dan buruk: keadaan yang bisa terjadi pada anak kecil yang belum bisa membedakan baik dan buruk
- b. Memahami nilai beragama: pemahaman tentang agama yang dianut terkait dengan penyakit yang diderita
- c. Melaksanakan kegiatan ibadah: idealnya pasien akan mampu tetap melaksanakan kegiatan ibadah dalam kondisi bagaimanapun
- d. Distress spiritual: keadaan dimana pasien mengalami gangguan dalam sistem keyakinan atau nilai yang memberi kekuatan dan harapan berhubungan dengan kondisi saat ini (cacat, kehilangan fungsi tubuh, nyeri, penyakit terminal, dll)

20. Penilaian budaya

- a. Sangkal putung: bila pasien mempunyai riwayat pengobatan ke sangkal putung
- b. Lain-lain: bila terdapat pengobatan alternatif selain sangkal putung

21. Fokus pengkajian status lokalis

Fokus pengkajian pada area Orthopedi dan Traumatology

22. Posture



Beri tanda centang (✓) pada format pengkajian sesuai dengan hasil yang ditemukan pada pasien dengan mengacu pada gambar

23. Look

- a. Sikatrik: penonjolan kulit akibat penumpukan jaringan fibrosa sebagai pengganti jaringan kolagen normal
- b. Fistula: adanya luka atau abses
- c. Haematom: sel darah yang mengalami ekstrasvasasi, biasanya terjadi karena ada benturan/trauma
- d. Deformitas: kelainan bentuk, bisa terjadi pada fraktur atau dislokasi
- e. CTEV/*Congenital Talipes Equinus Varus*: suatu kondisi dimana kaki dalam posisi plantar fleksi talocranialis karena m. Tibialis anterior lemah
- f. LLD/*Leg Length Discrepancy*: pengukuran ekstremitas bawah mulai dari SIAS sampai maleolus medialis, nilai normal bila hasil pengukuran sama panjang atau ada perbedaan kurang dari 1 cm. Nilai abnormal bila lebih dari 1 cm.
- g. Dislokasi: pergeseran atau perubahan tempat sendi
- h. Jalan pasien: berikan tanda centang (✓) pada kotak, sesuaikan dengan bagaimana cara pasien berjalan

24. Feel

- a. Perubahan suhu lokalis: bila teraba hangat pada bagian yang dikaji
- b. Odema: pembengkakan yang disebabkan oleh retensi cairan dalam tubuh
- c. Nyeri: pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan terjadinya kerusakan
- a. Krepitasi: suara “krek-krek” / gesekan tulang saat diraba yang muncul karena gesekan antara fragmen satu dengan yang lain
- b. Kesemutan: baal atau kebas pada bagian tertentu

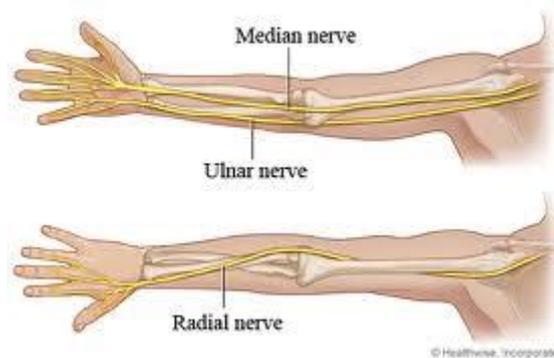
25. Move

a. Luas gerak sendi/ *Range of Motion*

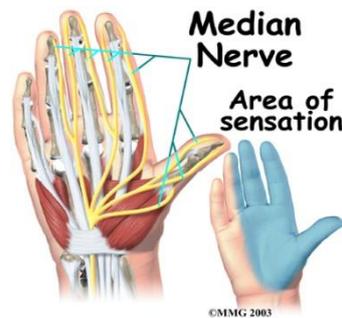
- 1) Bebas: bila pasien mampu melakukan berbagai gerakan tanpa rasa nyeri
- 2) Terbatas: bila pasien hanya mampu melakukan beberapa gerakan atau diiringi dengan rasa nyeri

26. Neurovaskular assessment of upper and lower extremity

a. Upper Extremity



1) Median nerve



Sensasi: dengan menusuk jari telunjuk bagian distal

Motion: melakukan tes oposisi dengan mempertemukan ujung ibu jari dengan jari kelingking

Dokumentasi:0: absen/tidak ada sensasi dan motion

1: impaired/rusak

2: normal

NT: not testable

2) Ulnar nerve



Sensasi: dengan menusuk jari kelingking bagian distal

Motion: melakukan abduksi semua jari tangan

Dokumentasi:0: absen/tidak ada sensasi dan motion

1: impaired/rusak

2: normal

NT: not testable

3) Radial nerve



Sensasi: dengan menusuk sela jari antara ibu jari dan jari telunjuk

Motion: melakukan hiperekstensi ibu jari dan pergelangan tangan

Dokumentasi:0: absen/tidak ada sensasi dan motion

1: impaired/rusak

2: normal

NT: not testable

b. Lower Extremity

1) Peroneal nerve



Sensasi: dengan menusuk space antara ibu jari dan jari telunjuk

Motion: melakukan gerakan dorsofleksi dan ekstensi sendi metatarsal, phalangeal dan jari

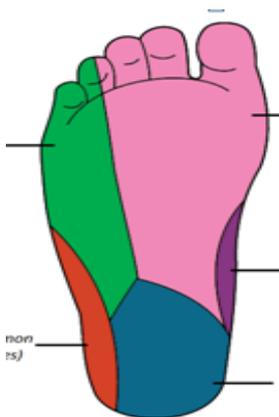
Dokumentasi:0: absen/tidak ada sensasi dan motion

1: impaired/rusak

2: normal

NT: not testable

2) Tibial nerve



Sensasi: dengan menusuk telapak kaki dari arah lateral dan medial

Motion: melakukan gerakan ankle plantar fleksi dan jari-jari

Dokumentasi:0: absen/tidak ada sensasi dan motion

1: impaired/rusak

2: normal

NT: not testable

27. Pengkajian sirkulasi perifer

Berikan tanda centang (✓) pada kotak sesuai dengan hasil pemeriksaan yang ditemukan pada pasien

28. Pengkajian integumen

a. Keadaan luka

- 1) Bersih: bila luka benar-benar dalam keadaan bersih, tidak terdapat eksudasi atau tanda-tanda infeksi
- 2) Kotor: bila terdapat eksudasi dan luka tampak terkontaminasi
Perkembangan luka (granulasi atau penjelasan lain tentang luka dapat dituliskan dikolom catatan)

b. Tanda-tanda Infeksi

- 1) Rubor : kemerahan
- 2) Dolor : nyeri
- 3) Kalor : panas
- 4) Tumor : adanya benjolan atau massa
- 5) Functio laesa : kehilangan fungsi

29. Manual muscle test

a. Otot ekstremitas atas

No	Otot yang dikaji	Gerakan
1	Otot bisep	Fleksi siku
2	Karpi radialis	Ekstensi pergelangan tangan
3	Otot trisep	Ekstensi siku
4	Interosei palmaris	Ekstensi jari tengah
5	Interosei palmaris	Abduksi kelingking

b. Otot ekstremitas bawah

No	Otot yang dikaji	Gerakan
1	Otot ilioas	Fleksi pinggul
2	Otot kuadrisep	Ekstensi lutut
3	Otot gastrocnemius	Ankle dorso fleksor (fleksi telapak kaki)
4	Otot digitorum	Ekstensi ibu jari kaki
5	Otot gastrocnemius	Ankle plantar fleksor (gaya injak rem)

c. Kekuatan diukur dengan skala enam poin:

- 1) Skor 0: paralisis total
- 2) Skor 1: dapat teraba atau terlihat adanya kontraksi
- 3) Skor 2: gerakan aktif, LGS penuh, tetapi tidak bisa melawan gaya gravitasi sama sekali (hanya bergeser)

- 4) Skor 3: gerakan aktif, LGS penuh, dapat melawan gaya gravitasi, dapat melawan dengan memberikan tahanan minimal
- 5) Skor 4: gerakan aktif, LGS penuh, dapat melawan gaya gravitasi, dapat melawan dengan memberikan tahanan sedang
- 6) Skor 5: gerakan aktif, LGS penuh, dapat melawan gaya gravitasi, dapat melawan dengan memberikan tahanan penuh

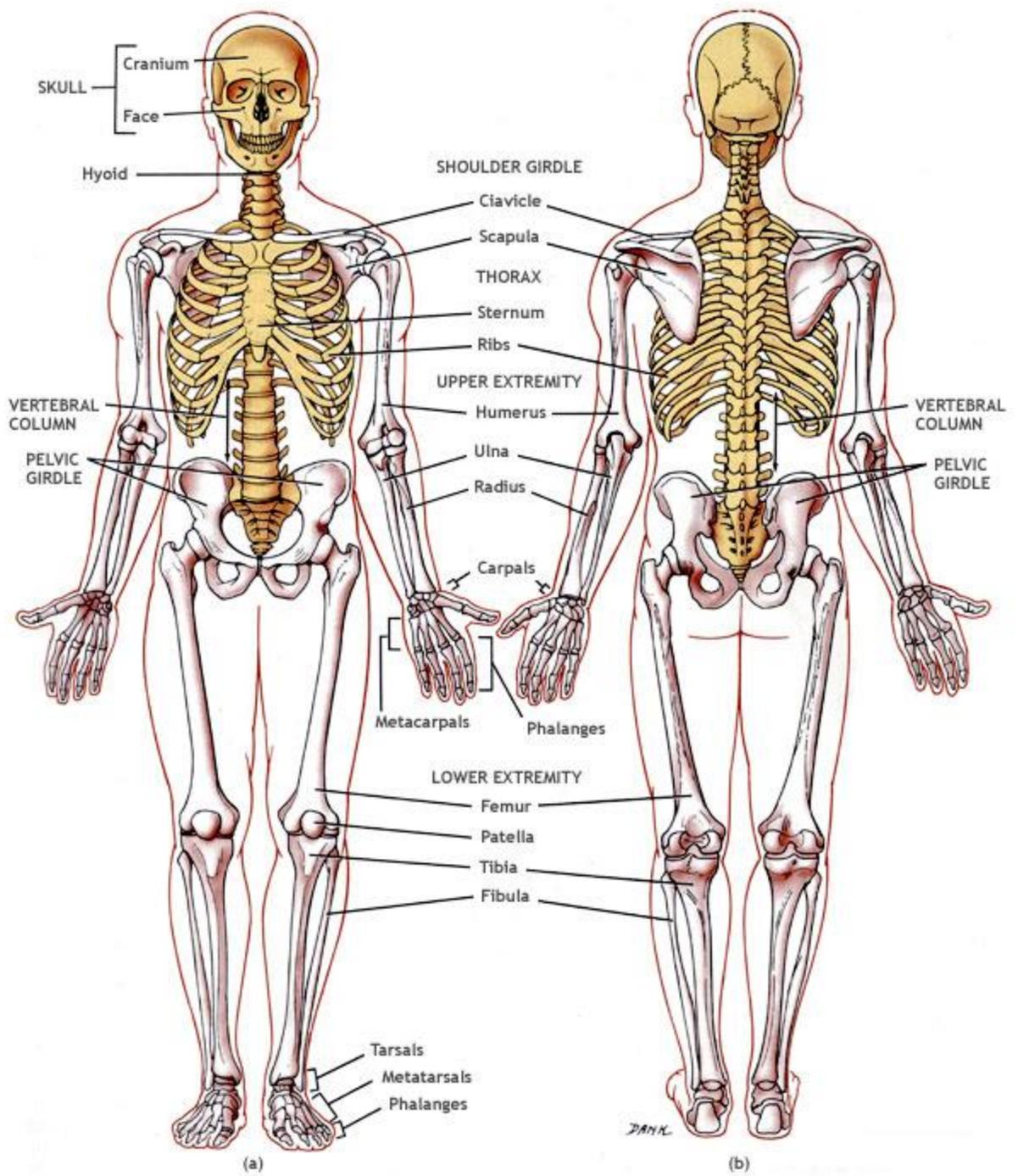
d. Dokumentasi:

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

30. X-ray

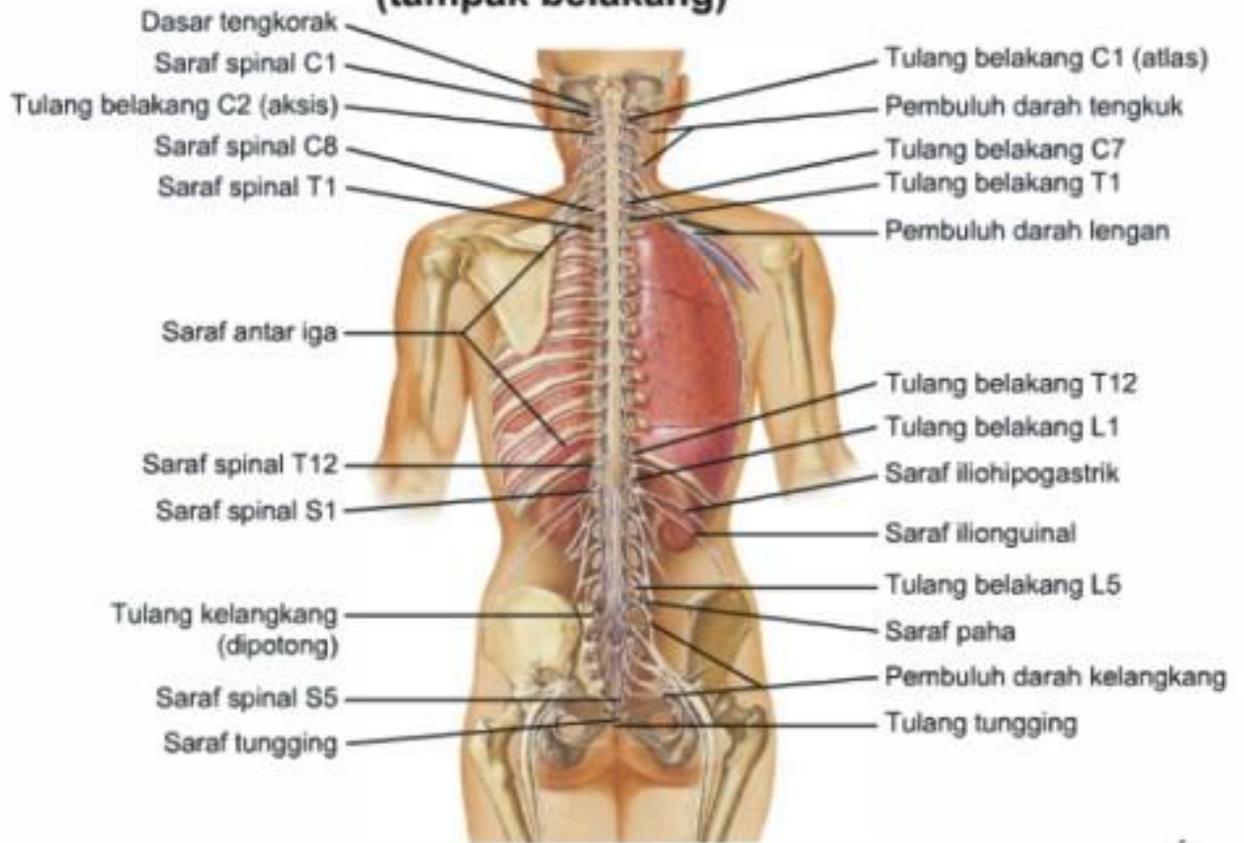
Tuliskan hasil X-ray atau jenis X-ray yang dipunyai pasien

31. Gambar skeleton



Divisions of the skeletal system. The axial skeleton is indicated in gold. (a) Anterior view. (b) Posterior view

SUMSUM BELAKANG DAN SARAF SPINAL (tampak belakang)



Keterangan gambar:

Lingkari status lokalis yang akan dikaji dan beri keterangan pada gambar.

Contoh: Lingkari daerah femur, dan beri keterangan bahwa ada fraktur femur.

Perhatikan bagian dextra dan sinistra nya.

32. Catatan

Diisi dengan data-data lain yang menunjang, hasil dari pemeriksaan fisik yang tidak ada di format pengkajian

- C. Petunjuk teknis pengisian format diagnosa keperawatan rawat jalan
1. Nama, No. Register dan Tgl/Jam diisi dengan data yang sesuai dengan pasien dalam pengkajian
 2. Kolom diagnosis keperawatan:
Lingkari nomor diagnosa yang dipilih serta beri tanda centang (✓) pada kotak data mayor yang tertera dibawah diagnosa, sesuaikan dengan data yang ditemukan pada pasien
 3. Kolom NOC/ *Nursing Out Come*:
Berikan tanda centang (✓) pada kotak kriteria hasil dan berikan skor dengan rentang 1-5 sesuai dengan hasil yang diharapkan oleh perawat pada tanda (...)
Skoring NOC:
 - a. Tidak diinginkan
 - b. Masih ada keterbatasan
 - c. Mempunyai arti sedang
 - d. Mencapai nilai maksimal
 - e. Paling diinginkan
 4. Kolom NIC/ *Nursing Intervention Classification*
Berikan tanda centang (✓) pada kotak intervensi yang dilakukan/ diberikan kepada pasien
 5. Evaluasi
Pada item S (Subyektif) dan P (Planing) yang berisi titik-titik (.....) atau kosong diharapkan untuk menulis respon subyektif pasien dan rencana intervensi yang diberikan kepada pasien, sedangkan pada item yang sudah memiliki pilihan, tinggal memberikan tanda centang pada kotak yang dipilih
 6. Berikan tanda tangan dan nama terang pada bagian perawat pengkaji

D. Daftar pustaka

Deswani. 2009. *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika

Handayaningsih, I. 2007. *Dokumentasi Keperawatan "DAR"*. Yogyakarta: Mitra Cendikia

Iyer, P & Camp, N. 2004. *Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC

Rohmah, Nikmatur. 2009. Diktat Kuliah. *Dokumentasi Keperawatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

Hidayat, A. Aziz Alimul. 2002. *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC

GLOSSARIUM

Ante brachii:

Batang tulang radius ulna. Fraktur *ante brachii* merupakan suatu kondisi dimana terputusnya kontinuitas jaringan tulang radius ulna.

Arthritis Reumatoid:

Penyakit ini merupakan suatu penyakit autoimun yang ditandai dengan terdapatnya sinovitis erosif simetrik yang walaupun terutama mengenai jaringan persendian, seringkali juga melibatkan organ tubuh lainnya. Sebagian besar penderita menunjukkan gejala penyakit kronik yang hilang timbul, yang jika tidak diobati akan menyebabkan terjadinya kerusakan persendian dan deformitas sendi yang progresif yang menyebabkan disabilitas bahkan kematian dini.

Degloving of hand:

Suatu keadaan dimana jaringan kulit dan subkutis tersobek secara paksa dari dasarnya yang berupa fascia sebagai akibat trauma keras dan mendadak/*shearing force*. Adalah suatu keadaan dimana jaringan kulit dan subkutis tersobek secara paksa dari dasarnya yang berupa fascia sebagai akibat trauma keras dan mendadak/*shearing force*.

Delayed Union:

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Ini disebabkan karena penurunan suplai darah ke tulang.

Diagnosis keperawatan:

Keputusan klinis yang berhubungan dengan respon manusia baik sebagai individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang aktual maupun risiko dimana perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk mencegah, mengurangi, meminimalkan, atau menyelesaikan secara pasti.

Evaluasi:

Kegiatan penilaian keberhasilan tindakan keperawatan dengan cara membandingkan antara tujuan/kriteria hasil dengan kondisi pasien saat ini.

Femur:

Tulang terpanjang dan kuat pada tubuh manusia

Fraktur:

Terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya.

Fraktur femur:

Fraktur yang terjadi pada tulang femur

Hambatan mobilitas fisik:

Suatu keterbatasan dalam kemandirian untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh atau satu atau lebih ekstremitas.

Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik:

Pola ketika individu mengalami kesulitan atau berisiko mengalami kesulitan dalam mengintegrasikan program pengobatan penyakit dan sekuela penyakit yang memenuhi tujuan kesehatan tertentu ke dalam kehidupan sehari-hari.

Kurang Pengetahuan:

Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif berhubungan dengan topik tertentu.

Low Back Pain:

Nyeri punggung bawah adalah perasaan nyeri di daerah lumbo sakral dan sakro iliakal, disertai penjalaran ketungkai sampai kaki. Nyeri punggung bawah adalah nyeri kronik didalam lumbal, biasanya disebabkan oleh terdesaknya para vertebral otot, herniasi dan regenerasi dari *nucleus pulposus*, *osteoarthritis* dari lumbo sakral pada tulang belakang Nyeri punggung bawah adalah perasaan nyeri di daerah lumbo sakral dan sakro iliakal, disertai penjalaran ketungkai sampai kaki.

Malunion:

Merupakan penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas).

Nyeri punggung bawah adalah nyeri kronik didalam lumbal, biasanya disebabkan oleh terdesaknya para vertebral otot, herniasi dan regenerasi dari *nucleus pulposus*, *osteoarthritis* dari lumbo sakral pada tulang belakang.

Nonunion:

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. Nonunion ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau pseudoarthrosis. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang kurang.

Nursing Intervention Classification:

Klasifikasi intervensi keperawatan terstandar yang terdiri dari tindakan keperawatan mandiri, tindakan kolaborasi, tindakan langsung, maupun tindakan tak langsung.

Nursing Out Come Classification:

Klasifikasi kriteria keberhasilan dari suatu tujuan keperawatan dengan menggunakan skala. Bergerak dari skala 1 (kondisi yang paling menyimpang/tidak diinginkan) sampai skala 5 (kondisi yang paling baik/ yang paling diinginkan).

Nyeri akut:

Nyeri akut adalah suatu sensori atau pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti witan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan

Orthopedi:

Berkaitan dengan sistem muskuloskeletal

Pengkajian:

Kegiatan menghimpun data kesehatan pasien baik berupa data dasar maupun data fokus. Data tersebut juga dapat diperoleh dalam bentuk data subyektif maupun obyektif.

Pelaksanaan:

Tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaborasi yang terdiri dari: *nursing treatment, health education, diagnostic, dan referral.*

Perencanaan:

Desain strategi untuk menyelesaikan masalah yang telah teridentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Meliputi penetapan prioritas, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, menetapkan rencana tindakan keperawatan.

Skin flap:

Suatu unit jaringan yang dipindahkan dari satu area (*donor site*) ke area yang lain (*recipient site*) dengan masih mempertahankan sistem aliran darahnya sendiri.

Traumatologi:

Berhubungan dengan kondisi trauma yang berakibat pada terganggunya anatomi maupun fungsi organ tubuh.

BIODATA PENULIS

Nama : Ns. Nikmatur Rohmah, S.Kep., M.Kes.
Alamat korespondensi : Jalan Karimata 49 Jember
Telp/faks kantor : (0331) 332240 / (0331) 337957
HP : 0812 49 66 49 49
E-mail : r_nikmatur@yahoo.co.id

Riwayat Pendidikan

Tahun lulus	Perguruan Tinggi	Bidang Spesialisasi
DIV (1999)	Universitas Airlangga Surabaya	Keperawatan Anak (Perawat Pendidik, Keperawatan Anak)
S-1 (2008)	Universitas Muhammadiyah Jember	Keperawatan
Pendidikan Profesi Ners (2009)	Universitas Muhammadiyah Jember	Keperawatan
S-2 (2011)	Universitas Sebelas Maret Surakarta	Kedokteran Keluarga (Pendidikan Profesi Kesehatan)

Nama Mata Kuliah yang Diasuh

No	Nama Mata Kuliah	Strata
1	Keperawatan Anak	D3 dan S1
2	Konsep Dasar Keperawatan (Proses Keperawatan)	D3 dan S1
3	Dokumentasi Keperawatan	D3

Jumlah Mahasiswa yang Pernah Diluluskan

Strata	Jumlah
D3	80 mahasiswa
S-1	30 mahasiswa

Pengalaman Penelitian 5 Tahun Terakhir

Tahun	Topik/Judul Penelitian	Sumber Dana
2009	Upaya meningkatkan kemampuan ibu dalam perawatan bayi baru lahir melalui Pendidikan prenatal	SKW (DIKTI)
2011	Pengaruh Pendidikan Berkelanjutan Terhadap Kemampuan Perawat Dalam Penatalaksanaan Cairan Elektrolit Rumah Sakit Umum Kalisat Kabupaten Jember	PDM (LPPM UM Jember)
2012	Pendidikan kesehatan berbasis masyarakat Dalam upaya meningkatkan peran serta masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak	APHB DIKTI
2012	Hubungan antara kemampuan metakognisi dan efikasi diri dengan kinerja kepala ruang rawat inap	APDP DIKTI
2013	Pengkajian Klinik Keperawatan Anak Komprehensif berbasis Sistem Tubuh	APDP DIKTI
2013	Fenomena Sunat Pada Bayi Perempuan di Masyarakat Pedesaan	APDP DIKTI

2013	Strategi Pengembangan Model Pembelajaran Klinik Keperawatan Terpadu	APHB DIKTI
2014	Strategi Pengembangan Model Pembelajaran Klinik Keperawatan Terpadu (dalam proses tahun ke 2)	APHB DIKTI
2014	Manajemen Nyeri pada Anak Berbasis Nursing Intervention Classification (dalam proses)	APDP DIKTI

Pengalaman Publikasi Di Berkala Ilmiah 5 Tahun Terakhir

Nama penulis	Tahun terbit	Judul artikel	Nama berkala	Volume dan halaman	Status akreditasi
Nikmatur Rohmah	2010	Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Pada Bayi Muda Di Rumah	Spirulina, Jurnal Penelitian Kesehatan dan Farmasi	Vol. 5, No 2 Juni 2010. Hal. 15-30	ISBN 1907-2171
Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid	2010	Peran Keluarga Dalam memberikan Stimulasi Perkembangan Anak Prasekolah	Spirulina, Jurnal Penelitian Kesehatan dan Farmasi	Vol. 5, No 2 Juni 2010. Halaman 30-54	ISBN 1907-2171
Nikmatur Rohmah	2010	Integrasi Proses Keperawatan Dalam Pembelajaran Klinik Keperawatan One to One Teaching and Feed Back	The Indonesian Journal Of Health Science	Vol 1 No 1 Desember 2010 halaman 51-60	ISBN 2087-5053
Nikmatur Rohmah	2011	Kemampuan Metakognisi Mahasiswa Keperawatan di Univ.Muhammadiyah Jember	The Journal Indonesian Healt Science	Vol. 1. No. 2 Desember 2011. Halaman 10-17	ISBN 2087-5053
Nikmatur Rohmah	2011	Manajemen Nyeri Non Invasive Pada Ibu Post Partum Dengan Pendekatan <i>Evidence Based Practice</i>	Jurnal Ners	Vol. 6. No. 2. Hal 202-210. Oktober 2011	B
Nikmatur Rohmah	2013	Motivasi Belajar Praktikan Keperawatan dalam Perspektif Gender	Prosiding Seminar Nasional	21 Desember 2013 Hal 117-127	ISBN: 978-602-18535-1-1

Pengalaman Penerbitan Buku 10 Tahun Terakhir

Nama	Judul Buku	Tahun	Penerbit	ISBN
Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid	Proses keperawatan, teori dan aplikasi dilengkapi dengan petunjuk praktis penyusunan proses keperawatan dan dokumentasi NANDA-NOC-NIC	2009	Ar-Ruzz Media, Jogjakarta,	ISBN : 979-25-4535-2 ISBN-13 : 978-979-25-4535-7
Nikmatur Rohmah	Pendidikan Prenatal, Upaya Promosi Kesehatan Bagi Ibu Hamil	2010	Gramata Publishing : Jakarta	ISBN : 978-602-95325-9-3

Jember, 21 April 2014

(Ns. Nikmatur Rohmah, S.Kep., M.Kes.)

DIAGNOSIS DAN TINDAKAN KEPERAWATAN

PADA KASUS ORTHOPEDI DAN TRAUMATOLOGI

BERBASIS NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION

Kasus orthopedi dan traumatologi dari waktu ke waktu semakin meningkat, hal ini berkaitan dengan perubahan gaya hidup masyarakat. Gaya hidup ini berkaitan dengan semakin meningkatnya jumlah alat transportasi yang tidak diimbangi dengan ketaatan terhadap tata tertib lalu lintas, dan perbaikan sarana transportasi yang memadai. Sehingga jumlah kecelakaan lalu lintas semakin meningkat dan kasus trauma semakin banyak. Perkembangan kondisi ini seharusnya juga diikuti dengan perkembangan ilmu keperawatan khususnya pada sistem muskuloskeletal. Namun kenyataannya berbagai penelitian yang dilakukan perawat pada kasus ini sangat minim, apalagi publikasi hasil penelitian keperawatannya, khususnya di Indonesia. Oleh karena itu kami terdorong untuk membentuk tim dan menyusun hasil-hasil penelitian ini kedalam satu buku sehingga dapat dimanfaatkan untuk kemajuan keperawatan.

Buku-buku yang ada selama ini masih mendasarkan pada diagnosis medis, belum ada buku keperawatan yang mendasarkan pokok bahasannya pada diagnosis keperawatan dan menitik beratkan pada tindakan keperawatan. Sehingga seringkali buku referensi yang digunakan oleh perawat termasuk juga mahasiswa keperawatan masih berdasarkan diagnosis medis. Berhubungan dengan alasan itu pula maka sangat perlu buku yang menjadi panduan bagi perawat dan mahasiswa keperawatan yang berorientasi pada diagnosis keperawatan dan menekankan pada tindakan keperawatan yang mandiri. Tindakan keperawatan yang komprehensif saat ini berkembang dan seringkali menjadi rujukan adalah Nursing Intervention Classification.

Oleh karena itu bagi perawat pendidik, perawat praktis, dan mahasiswa keperawatan yang akan mempelajari dan memberikan asuhan keperawatan pada klien memerlukan panduan langkah demi langkah proses keperawatan dan memberikan standar rencana tindakan yang menjamin layanan asuhan yang berkualitas. Untuklah kiranya buku ini perlu dibaca, dipelajari, dan diaplikasikan.

ISBN 978-602-6988-49-2

