

BAB III
LAPORAN KASUS

A. Data Kasus Kelolaan

1. Pengkajian data dasar

a. Data Umum Pasien

Biodata Klien

Nama : Tn. L
Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur : 42 Tahun
Status Perkawinan : Sudah Menikah
Pekerjaan : Cleaning service
Agama : Islam
Pendidikan Terakhir : SLTA
Alamat : Desa Klaten
Diagnosa Medis : Fraktur
No Register : 2270623
MRS/Tgl Pengkajian : Senin, tanggal 1 Desember pukul 09.00

Penanggung Jawab

Nama : Ny.A
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Hubungan dengan klien : Istri

b. Rwayat kesehatan masuk

Tn L dibawa ke puskesmas Puskesmas Penengahan dengan keluhan nyeri dibagian Tangan kanan dan tangan tidak dapat digerakkan setelah jatuh dari motor sehingga keluarga membawa pasien ke puskesmas.

c. Riwayat kesehatan pengkajian

1) Riwayat penyakit sekarang

Saat pengkajian keluarga mengatakan pasien mengeluh sakit dibagian tangan kanan seperti di sayat sayat pisau serta tangan sulit untuk di gerakkan dan lemah

Keluhan utama saat pengkajian

Nyeri di bagian tangan dan tangan sulit di gerakkan

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien belum pernah dirawat sebelumnya

Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan bahwa tidak ada penyakit hipertensi, diabetes atau pun penyakit jantung

3) Riwayat psikososial spiritual

Tn L hidup di rumah bersama istri dan ke dua anaknya, setiap minggu klien mengikuti kegiatan pengajian dan kegiatan sosial di desanya. Klien selalu menjalankan kegiatan keagamaan.

4) Pengetahuan pasien dan keluarga

Keluarga mengatakan bahwa klien belum pernah jatuh dan baru ini pasien jatuh dari motor.

5) Lingkungan

Klien tinggal di rumah milik sendiri di desa, lantai semen dan ber dinding tembok halaman tanah, di rumah klien juga terdapat jendela, klien selalu membuka jendela pada pagi hari dan membersihkan rumahnya setiap hari.

6) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a) Pola pemenuhan nutrisi dan cairan

- Sebelum

Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk dan sayur, klien menghabiskan 6 gelas air putih setiap hari

- Sesudah

Klien makan 3x sehari dengan menghabiskan ½ porsi nasi, lauk dan sayur, klien menghabiskan 4 gelas air putih hangat setiap hari

b) Pola eliminasi

- Sebelum

Klien bab 1x sehari pada pagi hari dengan konsistensi lebek warna dan bau khas feses. Klien bak 5x sehari berwarna putih berbau khas urin

- **Sesudah**

Klien bab 1x sehari pada pagi hari dengan konsistensi lebek warna dan bau khas feses. Klien bak 3x sehari berwarna kekuningan berbau khas urin

c) Pola personal hygin

- **Sebelum**

klien mandi pagi dan sore hari mencuci rambut 3x seminggu, gosok gigi 4x sehari sesudah makan dan sebelum tidur

- **Sesudah**

klien mandi pagi dan sore hari, belum mencuci rambut, gosok gigi 2x sehari sesudah makan dan sebelum tidur

d) Pola istirahat dan tidur

- **Sebelum**

Klien tidur pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00 klien tidur 1 jam d siang hari

- **Sesudah**

Klien tidur pukul 22.00 dan bangun pukul 05.00 sering merasa sakit kepala beberapa hari ini

e) Pola aktivitas dan latihan

- **Sebelum**

Klien mengatakan setiap hari bekerja sebagai cleaning servis samapai sore hari saat waku senggang klien hanya nonton tv dan mengobrol dengan tetangga.

- **Sesudah**

Kliem mengatakan hanya duduk dan istirahat.

f) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

- **Sebelum**

Klien tidak merokok, minium minuman keras

- **Sesudah**

Klien tidak merokok, minium minuman keras

d. Pengkajian fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis

Suhu tubuh : 36,5 °C

Nadi : 82x/mt

Tekanan darah :120/90 mmHg Pernafasan : 22x/mt

Tinggi Badan : 160cm

Berat Badan :55 kg

2) Sistem penglihatan

- Kelengkapan dan Kesimetrisan : Mata lengkap dan simetris
- Kelopak mata/palepebra : Frekuensi reflek berkedip simetris
- Kornea mata : Jernih
- Konjungtiva dan sclera : Tidak ada anemia
- Pupil dan iris : Simetris
- Ketajaman penglihatan/visus : Tidak dilakukan pemeriksaan
- Tekanan bola mata : Simetris
- Kelainan lain : Tidak ada

3) Sistem pendengaran

- Bentuk telinga : Normal
Ukuran telinga : Sedang
Ketegangan telinga : Elastis
- Lubang telinga : Normal
- Ketajaman pendengaran :
Test Weber : Tidak dilakukan pemeriksaan
Test Rinne : Tidak dilakukan pemeriksaan
Test Swabach : Tidak dilakukan pemeriksaan

4) Sistem wicara

- Keadaan bibir : tampak simetris
- Keadaan gusi dan gigi : Gusi dan gigi bersih
- Keadaan lidah : Lidah bersih
- Palatum/langit - langit : Tidak dilakukan pemeriksaan
- Orifaring : Tidak dilakukan pemeriksaan

5) Sistem pernafasan

a) Inspeksi Thorak

- Bentuk Thorak : Normal
- Pernafasan : 26x/menit
- Penggunaan otot bantu pernafasan : Diafragma

b) Palpasi

- Vokal premitus : Tidak dilakukan pemeriksaan

c) Perkusi

- Sonor
-

d) Auskultasi

- Suara nafas : Vesikuler
- Suara ucapan : Jelas
- Suara nafas tambahan: Wheezing

6) Sistem kardiovaskuler

a) Inspeksi dan palpasi :

Tidak dilakukan pemeriksaan

b) Perkusi batas jantung :

- Basic jantung : Tidak dilakukan pemeriksaan
- Pinggang jantung : Tidak dilakukan pemeriksaan
- Apeks jantung : Tidak dilakukan pemeriksaan

c) Auskultasi

- Bunyi jantung I : S1 lup
- Bunyi jantung II : S2 dup
- Bunyi jantung tambahan : Tidak ada
- Bising/murmur : Tidak ada
- Frekuensi denyut jantung : Teraba jelas dan teratur

7) Sistem neurologi

a) Tingkat kesadaran : Compos mentis

b) Tanda rangsangan otak (meningeal sign)

Baik nilai GCS(E4V5M6)

c) Pemeriksaan saraf otak (NI - XII)

N1-Olfaktorius : Pasien dapat memejamkan mata dan dapat membedakan bau

N2-Optikus : Pasien dapat melihat dengan jelas

N3-Okulomotoris: Adanya reflek pupil dapat menggerakkan bola mata

N4-Trochlearis: Dapat menggerakkan mata kebawah dan kedalam

N5-Trigeminus : Pasien dapat mengunyah dan menggerakkan rahang

N6-Abdosen: Adanya reflek pupil gerakan bola mata

N7-Facialis: Bisa senyum dan menutup bola mata dengan tahanan

N8-Vestibulococlearis : Pasien dapat mendengar dengan baik

N9-Glossofarigeus : Pasien dapat membedakan rasa manis dan asam

N10-Vagus : Pasien dapat menelan ludah

N11-Acessoris : Pasien dapat menggerakkan bahu

N12-Hypoglossus : Pasien dapat menjulurkan lidah

d) Fungsi motorik

Tangan di bagian kanan sulit di gerakkan

e) Fungsi sensorik

Penglihatan Pendengaran Penciuman Pengecapan Perabaan baik

f) Reflek

- Reflek fisiologis : Normal

- Reflek patofisiologis : Tidak ada kelainan reflek patofisiologis

8) Sistem pencernaan

a) Inspeksi

- Bentuk abdomen : Normal

- Benjolan/masa : Tidak ada

- Bayangan pembuluh darah : Tidak ada

b) Auskultasi

- Bising/peristaltik usus : 12x/ menit

c) Palpasi

- Nyeri tekan : Tidak ada

- benjolan/masa : Tidak ada

- Hepar : Tidak ada kelainan

- Lien : Tidak ada kelainan
- Titik Mc. Berney : Tidak ada kelainan

d) Perkusi

- Suara abdomen : Normal
- Pemeriksaan asites : Tidak ada asites

9) Sistem intlegumen

- Kebersihan : Kulit bersih
- Kehangatan : Akral hangat
- Warna : Kuning langsung
- Turgor : Baik
- Tekstur : Baik
- Kelembaban : Kering
- Kelainan pada kulit/lesi : terdapat luka kemerahan di tangan akibat jatuh

10) Sistem muskuloskeletal

- Kekuatan otot $\begin{array}{c|c} 3 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
- Pemeriksaan oedema : tidak oedem
- Kekakuan otot : Tidak ada kekakuan otot
- Kelainan pada punggung dan ekstremitas dan kuku : Tidak ada
- Krepitasi : Ada di bagian tangan kanan di tulang humerus

e. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan diagnostik

- SpO₂ 95%

2) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Nilai normal	Hasil
Darah perifer lengkap		
Hb	12.0-16.0 g/dL	14.1
Ht	37.0-54 %	49,3
Eritrosit	4.20-5.40 10 ⁶ / μL	4.93
Leukosit	4.8-10.80 10 ³ / μL	20,2
Gds	70-140 mg/dL	110
Ureum	19.3-49.2 mg/dL	28.1
Creatinin	0.5-1.1 mg/dL	0.6

F. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan medis

Asam mefenamat 500 gram 1x sehari

Ivfd rl 20 tpm

2) Penatalaksanaan keperawatan

Pemberian Oksigen 3 L/menit

G.Data fokus

Ds

Tn L mengatakan nyeri pada tangan kanan, nyeri seperti disayat sayat dan tangan tidak dapat di gerakkan,

Do

Meringis kesakitan

Nampak mengalami kesusahan menggerakkan tangan kanan

Skala nyeri 7

Terdapat luka lecet dbagian punggung tangan dan telapak tangan akibat gesekan di aspal

TTV :

TD : 120/80 mmHg Pernapasan : 22x/ menit.

Nadi : 82 x /menit Suhu : 36.0C

2. Analisa data

Tabel 3.1

DATA	MASALAH	ETIOLOGI
Ds :Tn g mengatakan nyeri d bagian tangan kanan,nyeri seperti di sayat sayat Do Ekspresi wajah menyeringai	Nyeri akut	Trauma jaringan

<p>Skala nyeri 7,</p> <p>Nampak mengalami kesusahan menggerakkan tangan</p> <p>Adanya krepitasi di tulang humerus</p>		
<p>Ds: Klien mengatakan kaku disertai nyeri pada lengan atas tangan Kanan saat melakukan perubahan posisi.</p> <p>Do:- K/u sedang</p> <p>2). Klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>3). ROM pada tangan kanan terbatas</p> <p style="text-align: center;">3 5</p> <p style="text-align: center;">5 5</p> <p>4). Klien tampak menyeringai saat melakukan perubahan posisi</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Kerusakan rangka neuromuskular</p>

3. Diagnosa keperawatan

- a) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuskular
- c)

3.Rencana keperawatan

Tabel 3.4

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan trauma jaringan,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri 2. mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk	Observasi 1.identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas ,dan intensitas nyeri 2.identifikasi skala nyeri 3.identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4.Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1.berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (tehnik nafas dalam dan tehnik distraksi dzikir) 2.Kontrol lingkungan yang memmperberat nyeri (suhu ,ruangan,pencahayaan,kebisingan) 3.Fasilitasi istirahat dan tidur

		<p>mengurangi nyeri, mencari bantuan).</p> <p>3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p>	<p>4.Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.Jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri</p> <p>2.Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3.anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>4.Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu</p>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan rangka neuromuscular,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Observasi</p> <p>1.Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya</p> <p>2.identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan</p> <p>3.Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi</p>

		<p>dapat meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>1.pergerakan ekstrimitas meningkat</p> <p>2.Kekutan otot meningkat</p> <p>3Rentang gerak meningkat</p> <p>4.kelemahan fisik menurun</p>	<p>Edukasi</p> <p>1.libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2.Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan</p> <p>3.Anjurkan mobilisasi sederhana yang biasa dilakukan seperti duduk di tempat tidur miring kanan,kiri,latihan rentang gerak</p> <p>Kolaaborasi</p> <p>Rujuk ke rs untuk tindakan lebih lanjut</p>
--	--	---	---

3. Implementasi dan Evaluasi

a. 1 Desember 2022

Tabel 3.4

No dx	Waktu	Implementasi	para f	Evaluasi
Nyeri akut	11.00	<p>1 Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas ,dan intensitas nyeri</p> <p>2.Mengidentifikasi skala nyeri</p>		<p>S: Klien mengatakan masih terasa nyeri namun sudah mulai berkurang</p>

	<p>3.Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>4..Mengajarkan tehnik nafas dalam</p> <p>5. Memberikan posisi yang nyaman pada klien Memberi ganjalan pada tangan kiri klien sehingga klien merasa rileks</p> <p>4. Mengajarkan teknik ralaksasi napas dalam yaitu dengan cara ambil nafas dalam 5 detik kemudian ulangi hingga 3 kali</p> <p>5.Mengajarkan tehnik distraksi / peralihan seperti : berzikir</p> <p>5. Memberikan analgetik berupa injeksi</p>		<p>O:</p> <p>1.klien tampak lebih rileks</p> <p>2.skala nyeri menurun</p> <p>Skala nyeri 5</p> <p>2.Td 110/80</p> <p>3.Rr : 22x/m</p> <p>4.suhu :36,5 ‘c</p> <p>A</p> <p>Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>1..monitor skala nyeri</p> <p>2.Anjurkan untuk tehnik nafas dalam dan distraksi bila nyeri muncul</p> <p>3.Menciptakan</p>
--	--	--	---

			lingkungan yang nyaman untuk beristirahat 4.Kolaborasi Pemberian analgetik
	11.30	<p>1.mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan</p> <p>2..Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1.Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2.Menganjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan</p> <p>3.Pemasangan sling pada tangan yang fraktur</p> <p>4.Menenmpatkan ekstremitas yang cedera dalam posisi fungsional</p> <p>Kolaaborasi</p> <p>1.Rujuk ke rs untuk tindakan lebih lanjut</p>	<p>S</p> <p>Klien mengakan tangan masih sulit dgerakkan</p> <p>O</p> <p>Pergerakan tangan terbatas</p> <p>A</p> <p>Masala belum teratasi</p> <p>P</p> <p>Lanjutkan intervensi rujuk klien ke rs</p>