

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN FRAKTUR  
TIBIA FIBULA DIRUANG RAWAT INAP BEDAH RUMAH  
SAKIT ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2019**



**OLEH :**

**FAJAR WATULANGI**

**NIM : 1614401009**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018/2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN FRAKTUR  
TIBIA FIBULA DIRUANG RAWAT INAP BEDAH RUMAH**

**SAKIT ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2019**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



**OLEH :**

**FAJAR WATULANGI**

**NIM : 1614401009**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018/2019**

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Fajar Watulangi  
NIM : 1614401009  
Judul KTI : "Asuhan Keperawatan Pada Tn.T Dengan Fraktur Tibia  
Fibula di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD Dr.Achmad  
Mochtar Bukittinggi Tahun 2019."

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.


Bukittinggi, 26 Juli 2019

Pembimbing,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep  
NIK : 1420108028611071

Mengetahui,  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M.Kep  
NIK : 1420123106993012

**LEMBARAN PENGESAHAN**

Nama Mahasiswa : FAJAR WATULANGI  
NIM : 1614401009  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.T Dengan Fraktur Tibia Fibula  
Di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Vera Sesrianty, M.Kep  
NIK : 1440102110909052

Penguji II,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep  
NIK : 1420108028611071

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

**FAJAR WATULANGI  
1614401009**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN MASALAH OPEN FRAKTUR TIBIA FIBULA DI RUANG INAP BEDAH RUMAH SAKIT ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019.**

**Viii + V Bab+ 122 halaman + 6 tabel + 1 gambar + 2 skema+ 4 lampiran**

### **ABSTRAK**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, Fraktur dapat disebabkan pukulan langsung maupun tidak langsung. Polisi Resor Kota Bukittinggi, Sumatera Barat mencatat 9 kasus kecelakaan selama Operasi Ketupat 2014 dari kasus tersebut, 3 orang meninggal dunia satu luka berat. Tujuan penulis adalah setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien Tn. T dengan fraktur di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi. Metode penulisan yang dilakukan yaitu metode studi kasus yang dimulai pada tanggal 19 Juni sampai 21 Juni 2019. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn.T adalah sejak 5 hari kakinya yang patah sudah dioperasi dan luka, pada klien tersebut mengeluh nyeri menusuk dan panas di bagian kaki yang siap operasi dan lamanya nyeri  $\pm 5$  menit. Klien dibalut dengan tensocrepe dan ferbam di sebelah kanan. Tn.T jika beraktivitas dibantu oleh keluarga. Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan keluarga Tn.T adalah nyeri akut, rencana keperawatan adalah berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Implementasi yang dilakukan memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit. Rencana keperawatan adalah berikan perawatan kulit pada area edema. Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan perawatan kulit. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan, rencana keperawatan adalah perawatan luka dan pembersihan jaringan nekrotik. Gangguan Mobilitas Fisik, rencana keperawatan adalah pasang bidai pada posisi tubuh seperti saat ditemukan. Implementasi yang dilakukan pemasangan bidai pada posisi tubuh seperti saat ditemukan. Kesimpulan yang didapatkan pada pasien fraktur adalah menyarankan kepada tim kesehatan untuk dapat membantu dalam memelihara kesehatan dan memberikan asuhan keperawatan dengan penyakit seperti Fraktur secara tepat dan benar.

**Kata kunci :Asuhan Keperawatan Fraktur Tibia Fibula.  
Daftar Pustaka : 10 (2000-2018)**

**DIII Nursing Study Program  
Scientific Writing, July 2019**

**FAJAR WATULANGI  
1614401009**

**NURSING CARE IN Tn.T WITH OPEN FRACTURING PROBLEMS OF TIBIA  
FIBULA IN HOSPITAL SURGERY IN ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN  
2019.**

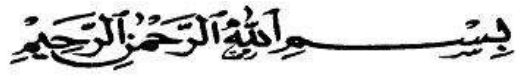
**V Chapter + 122 pages + 6 tables + 1 picture + 2 schemes + 4 attachments**

#### **ABSTRACT**

*Fracture is the breakdown of bone continuity and is determined according to the type and extent, Fractures can be caused directly or indirectly. The Resort Police of the City of Bukittinggi, West Sumatra, recorded 9 accidents during the 2014 Ketupat Operation from the case, 3 people died, one was seriously injured. The author's goal is that after carrying out nursing care the writer can improve his knowledge and ability to apply quality nursing care to patients. T with a fracture in the operating room of Dr. Hospital Ahmad Mochtar Bukittinggi. The writing method that is done is the case study method which began its activities on June 19 to June 21 2019. The results of the case report are found data on Mr. T is that since 5 days his broken leg has been operated and injured, the client complained piercing and hot pain in the legs that are ready for surgery and the duration of pain is  $\pm 5$  minutes. Client's feet are covered with tensocrepe and ferbam on the right. Mr. T if the activity is helped by the family. From the results of the study, family nursing problems were obtained by Mr. T is acute pain, the nursing plan is to provide non-pharmacological techniques to reduce pain. Implementation carried out provides non-pharmacological techniques to reduce pain. Risk of infection b.d damage to the integrity of coolies. The nursing plan is to provide skin care in the area of edema. Implementation that is done is to provide skin care. Skin / Tissue Integrity Disorders, nursing plans are wound care and cleansing of necrotic tissue. Disorders of Physical Mobility, the nursing plan is to attach the splint to the position of the body as it was found. Implementation is done is the installation of bidai in the body position as when found. The conclusions obtained in fracture patients are advising the health team to be able to help maintain health and provide nursing care with diseases such as fractures correctly and correctly.*

**Keywords: Fracture Tibia Fibular Nursing Care.  
Bibliography: 10 (2000-2018)**

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan pengamatan kasus dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.T Dengan Fraktur Tibia Fibula Di Ruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019** ” tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Aamiin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Karya Tulis Ilmia ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Dia Resti DND, M. Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Pengamatan Kasus ini.
6. Ibu Ns. Fadhilah Riska Utami, S. Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Pengamatan Kasus ini.
7. Khususnya kepada orang tua tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.



8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang memberikan support serta semangatnya.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmia ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Karya Tulis Ilmia ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Aamiin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, 26 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b>	
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum .....	3
1.2.2 Tujuan Khusus .....	4
1.3 Manfaat Penulisan .....	5

## **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

### **2.1 Konsep Dasar**

2.1.1 Pengertian .....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	10
2.1.2.3 Fisiologi tulang .....	12
2.1.3 Etiologi .....	14
2.1.4 patofisiologi .....	15
2.1.5 Manifestasi klinis.....	20
2.1.6 Penatalaksanaan .....	21
2.1.7 Komplikasi .....	23
2.1.8 Pemeriksaan penunjang.....	24

### **2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis**

2.2.1 Pengkajian .....	25
2.2.2 Kemungkinan Diagnosa yang Muncul .....	39
2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan .....	41

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian .....	61
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	75
3.3 Intervensi Keperawatan .....	76
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	87

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian .....	123
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	110
4.3 Intervensi Keperawatan .....	112
4.4 Implementasi Keperawatan .....	114
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	17

### **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	119
5.2 Saran .....	140

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

### Halaman

Gambar 2.1.2.1 Anatomi Tulang.....	10
------------------------------------	----

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan .....	41
Tabel 3.1.Data Biologis .....	67
Table 3.2. Data labor.....	69
Tabel 3.3 Analisa Data.....	72
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	76
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	87

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Fraktur adalah retak atau patah yang utuh. Kebanyakan disebabkan oleh trauma di mana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang, baik berupa trauma langsung dan tidak langsung (Sjamsuhidayat, 2005). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan yang disebabkan oleh rudapaksa (trauma atau tenaga fisik). Untuk memperbaiki posisi fragmen tulang pada fraktur terbuka yang tidak dapat direposisi tapi sulit dipertahankan dan untuk memberikan hasil yang lebih baik maka perlu dilakukan tindakan operasi ORIF (Open Rreduktion with Internal Fixation) (Doenges,2000).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot eksterm. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak dan pendarahan ke otot serta sendi. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Suzanne C.Smeltzer,2002).

Tulang adalah jaringan yang paling keras diantara jaringan ikat lainnya yang terdiri atas hampir 50% air dan bagian padat, selebihnya terdiri dari bahan mineral terutama calcium kurang lebih 67% dan bahan seluler 33%.

Badan kesehatan dunia (WHO) mencatat pada tahun 2011-2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Fraktur merupakan suatu kondisi di mana terjadi disintegritas tulang. Penyebab terbanyak fraktur adalah kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas dan sebagainya. Tetapi fraktur juga bisa terjadi akibat faktor lain seperti proses degenerative dan patologi (Depkes RI, 2005). Menurut Depkes RI 2011, dari sekian banyak kasus fraktur di Indonesia, fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2 %. Dari 45.987 orang dengan kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan, 19.629 orang mengalami fraktur pada tulang femur, 14.027 orang mengalami fraktur cruris, 3.775 orang mengalami fraktur tibia, 970 orang mengalami fraktur pada tulang-tulang kecil di kaki dan 336 orang mengalami fraktur fibula. Walaupun peran fibula dalam pergerakan ekstremitas bawah sangat sedikit, tetapi terjadinya fraktur pada fibula tetap saja dapat menimbulkan adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 juga menyebutkan bahwa kejadian kecelakaan lalu lintas di daerah Jawa Tengah sebanyak 6,2% mengalami fraktur. Menurut Desiartama & Aryana (2017), di Indonesia kasus fraktur femur merupakan yang paling sering yaitu sebesar 39% diikuti fraktur humerus (15%), fraktur tibia dan fibula (11%), di mana penyebab terbesar fraktur femur adalah kecelakaan lalu



lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi (62,6%) dan jatuh (37,3%) dan mayoritas adalah pria (63,8%). Puncak distribusi usia pada fraktur femur adalah pada usia dewasa (15-34 tahun) dan orang tua (di atas 70 tahun).

Menurut data dari bagian rekam medik di RSUP Dr. M. Djamil Padang, fraktur maksilofasial berjumlah 213 kasus dimana pada tahun 2014 sebanyak 114 kasus, tahun 2015 sebanyak 78 kasus, dan tahun 2016 sebanyak 21 kasus. Pada penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, terdapat sebanyak 354 orang pasien yang mengalami fraktur maksilofasial dari tahun 2009-2011. Selama ini penelitian tentang karakteristik fraktur maksilofasial di RSUP Dr. M. Djamil Padang belum pernah dilakukan, karena itu penulis merasa perlu untuk meneliti karakteristik fraktur maksilofasial tahun 2014 hingga tahun 2016.

Polisi Resor Kota Bukittinggi, Sumatera Barat mencatat sebanyak sembilan kasus kecelakaan selama Operasi Ketupat 2014 dari kasus tersebut, tiga orang meninggal dunia satu luka berat dan 13 orang lainnya luka ringan. Korban kecelakaan tersebut berkisaran berumur 16 sampai 30 tahun.

Ada lebih dari 150 klarifikasi fraktur menurut para ahli fraktur dibagi menjadi dua, fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur dibagi menjadi 3 grade (Smeltzer,2002). Berdasarkan klasifikasi ditinjau menurut sudut patah, terdiri atas 3 macam fraktur yaitu fraktur trasfersal adalah fraktur yang patahnya tegak lurus, fraktur oblik adalah fraktur yang membentuk sudut terhadap tulang dan fraktur spiral adalah fraktur yang meluas mengelilingi tulang (Price, 1995).

## **1.2. Tujuan**

### 1.2.1. Tujuan umum

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien Tn. T dengan fraktur di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.2.2. Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan adalah

1. Mampu memahami tentang konsep dasar asuhan keperawatan pada Tn.T dengan Fraktur di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
2. Mampu melakukan pengkajian fraktur tibia fibula dalam memberikan asuhan keperawatan pasien Tn. T dengan fraktur di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.
3. Mampu mengidentifikasi diagnose keperawatan yang muncul pada pasien Tn. T dengan fraktur tibia fibula di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.
4. Mampu megintervensi dalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Tn. T dengan fraktur tibia fibula di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.

5. Mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. T dengan fraktur tibia fibula di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.
6. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Tn. T dengan fraktur tibia fibula di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.
7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Tn. T dengan fraktur tibia fibula di ruang bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.

### **1.3. Manfaat**

#### **1.3.1. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu perawat di ruang perawatan dalam menjaga kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan.

#### **1.3.2. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya dibidang medical bedah pada klien Tn. T dengan fraktur di ruang perawatan.

### 1.3.3. Bagi penulis

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien fraktur sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi D3 Keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEOTIRIS**

#### **2.1. Konsep Dasar**

##### **2.1.1. Definisi**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya, fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur dapat disebabkan pukulan langsung, gerakan puntir mendadak, gaya remuk dan bahkan kontraksi otot eksterm (Bruner & Sudarth, 2002).

Fraktur biasanya disebabkan oleh trauma dan tenaga fisik. Kekuatan, sudut tenaga, keadaan tulang dan jaringan lunak di sekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi tersebut lengkap atau tidak lengkap. Fraktur lengkap terjadi jika seluruh tulang patah sedangkan fraktur tidak lengkap tidak melibatkan seluruh ketebalan tulang (Syalvia A. Price, 1999).

Fraktur adalah patah atau retak pada tulang yang utuh. Biasanya fraktur disebabkan oleh trauma di mana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang, baik berupa langsung dan trauma tidak langsung (Sjamsuhidayat & Jong, 2005).

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Sjamsuhidayat, 2005).

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang rawan baik yang bersifat maupun sebahagian (Chairudin Rrasjad, 1998).

## Klasifikasi Fraktur :

### 1. Fraktur transversal

Fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Fraktur semacam ini, segmen-segmen tulang yang patah di reposisi atau di reduksi kembali ke tempat semula. Segmen itu akan stabil dan biasanya di control dengan bidai gips.

### 2. Fraktur oblik

Fraktur yang garis besar patahnya membentuk sudut terhadap tulang. Fraktur ini tidak stabil dan sulit diperbaiki.

### 3. Fraktur spiral

Fraktur akibat torsi pada eksremitas. Jenis frakturnya rendah energi, ini hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak. Fraktur semacam ini cepat sembuh dengan imobilisasi luar.

### 4. Fraktur komulatif

Fraktur adalah serpihan-serpihan atau terputusnya keutuhan jaringan tempat adanya lebih dari dua fragmen tulang.

### 5. Fraktur sagsemental

Fraktur yang berdekatan pada suatu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya. Fraktur semacam ini sulit ditangani. Biasanya satu ujung yang tidak memiliki pembuluh darah menjadi sulit untuk sembuh. Keadaan ini mungkin memerlukan pengobatan melalui pembedahan.

### 6. Fraktur impaksi atau fraktur kompresi

Fraktur yang terjadi ketika kedua tulang menumbuk tukang ketiga yang berada di antaranya, seperti satu vertebra dengan kedua vertebra lainnya. Fraktur ini biasanya akan mengakibatkan klien menjadi syok hipovolemik dan meninggal jika tidak

dipemeriksaan denyut nadi, tekanan darah dan pernapasan secara akurat dan berulang dalam 24 sampai 48 jam pertama setelah cedera.

Derjad fraktur terbuka:

1. Derjad 1 :

Fraktur terbuka dengan luk kulit kurang dari 1 cm dan bersih, kerusakan jaringan minimal, biasanya dikarenakan tulang menembus kulit dari dalam. Konfigurasi fraktur simple, transvers atau simple oblik.

2. Derjad 2 :

Fraktur terbuka dengan luka lebih dari 1 cm, tanpa ada kerusakan jaringan lunak kontusio ataupun avulsi yang luas. Konfigurasi fraktur berupa kominutif sedang dengan kontaminasi sedang.

3. Derjad 3 :

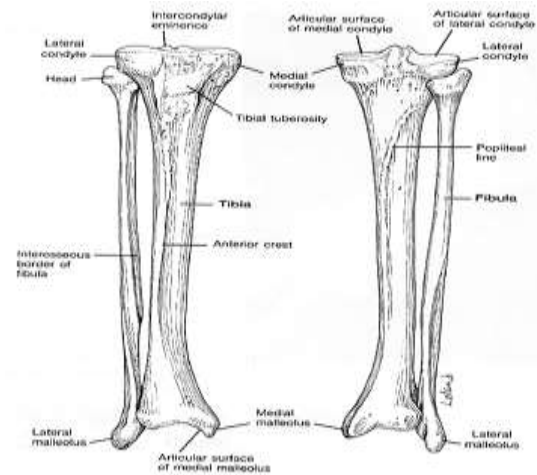
Fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak yang luas, kontaminasi berat biasanya disebabkan oleh trauma yang hebat, dengan konfigurasi fraktur kominutif.

Fraktur tipe 3 dibagi menjadi tiga yaitu :

- Tipe I : Fraktur segmental atau sangat kominutif penutupan tulang dengan jaringan lunak cukup adekuat.
- Tipe II : Trauma sangat berat atau kehilangan jaringan lunak yang cukup luas, terkelupasnya daerah periosteum dan tulang tampak terbuka, serta adanya kontaminasi yang cukup berat.
- Tipe III : Fraktur terbuka yang disertai dengan kerusakan pembuluh darah tanpa memperhatikan derajat kerusakan jaringan lunak.

## 2.1.2. Anatomi Fisiologi

### 2.1.2.1. Anatomi



Gambar 2.1. Anatomi Tulang (Evelyn 2007)

Tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagi tubuh dan tempat untuk melekatnya otot-otot yang menggerakkan kerangka tubuh. Tulang juga merupakan tempat primer untuk menyimpan dan mengatur kalsium dan fosfat. Tulang rangka orang dewasa terdiri atas 206 tulang. Tulang adalah jaringan hidup yang akan suplai saraf dan darah. Tulang banyak mengandung bahan kristalin anorganik (terutama garam-garam kalsium) yang membuat tulang keras dan kaku, tetapi sepertiga dari bahan tersebut adalah fibrosa yang membuatnya kuat dan elastis (Price dan Wilson, 2006). Tulang ekstremitas bawah atau anggota gerak bawah dikaitkan pada batang tubuh dengan perantara gelang panggul terdiri dari 31 pasang antara lain: tulang koxa, tulang femur, tibia, fibula, patella, tarsalia, meta tarsalia dan falang (Price dan Wilson, 2006).



- a. Tulang Koksa OS koksa turut membentuk gelang panggul, letaknya di setiap sisi dan di depan bersatu dengan simfisis pubis dan membentuk sebagian besar tulang pelvis.
- b. Tulang Femur merupakan tulang pipa dan terbesar di dalam tulang kerangka pada bagian pangkal yang berhubungan dengan asetabulum membentuk kepala sendi yang disebut kaput femoris. Di sebelah atas dan bawah dari kolona femoris terdapat laju yang disebut trokanter mayor dan trokanter minor. Di bagian ujung membentuk persendian lutut, terdapat dua buah tonjolan yang disebut kondilus lateralis dan medialis. Di antara dua kondilus ini terdapat lekukan tempat letaknya tulang tempurung lutut (patella) yang disebut dengan fosa kondilus.
- c. Tibia atau tulang kering merupakan kerangka yang utama dari tungkai bawah dan terletak medial dari fibula atau tulang betis. Tibia adalah tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung.
- d. Fibula atau tulang betis adalah tulang sebelah lateral tungkai bawah, tulang itu adalah tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung (Evelyn, 2007). Sendi tibia fibula dibentuk antara ujung atas dan ujung bawah, kedua tungkai bawah batang dari tulang-tulang itu digabungkan oleh sebuah ligamen antara tulang membentuk sebuah sendi ketiga antara tulang-tulang itu (Drs. H. Syahrifuddin, 2006).
- e. Meta tarsalia terdiri dari tulang-tulang pendek yang banyaknya 5 buah yang masing-masing berhubungan dengan tarsus dan falangus dengan perantara sendi.

- f. Falangus merupakan tulang-tulang pipa yang pendek yang masing-masing terdiri dari 3 ruas kecuali ibu jari sebanyak 2 ruas, pada metatarsalia bagian ibu jari terdapat dua buah tulang kecil bentuknya bundar yang disebut tulang bijiian (osteum sesarnoid).

#### 2.1.2.2. Fisiologi Tulang

Sistem musculoskeletal adalah penunjang bentuk tubuh dan peran dalam pergerakan. Sistem terdiri dari tulang sendi, rangka, tendon, ligament, bursa dan jaringan-jaringan khusus yang menghubungkan struktur tersebut (Price dan Wilson, 2006).

Tulang adalah suatu jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel antara lain: osteoblast, osteosit dan osteoklas. Osteoblas membangun tulang dengan membentuk kolagen tipe I dan proteoglikan sebagai matriks tulang dan jaringan osteoid melalui suatu proses yang disebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteoid, osteoblast mengsekresikan sejumlah besar fosfatase alkali, yang memegang peran penting dalam mengendapkan kalsium dan fosfat ke dalam matriks tulang, sebagian fosfatase alkali memasuki aliran darah dengan demikian maka kadar fosfatase alkali di dalam darah dapat menjadi indikator yang baik tentang tingkat pembentukan tulang setelah mengalami patah tulang atau pada kasus metastasis kanker ke tulang. Osteosit adalah sel tulang dewasa yang bertindak sebagai suatu lintasan untuk pertukaran kimiawi melalui tulang yang padat. Osteoklas adalah sel besar berinti banyak yang memungkinkan mineral dan matrik tulang dapat diabsorpsi. Tidak seperti osteoblas dan osteosit, osteoklas mengikis tulang. Sel ini menghasilkan enzim proteolitik yang memecahkan matriks

dan beberapa asam yang melarutkan mineral tulang sehingga kalsium dan fosfat terlepas ke dalam aliran darah (Simon & Schuster, 2003).

Metabolisme tulang di atur oleh beberapa hormon. Peningkatan kadar hormon paratoid mempunyai efek langsung dan segera pada mineral tulang yang menyebabkan kalsium dan fosfat diabsorpsi dan bergerak memasuki serum. Di samping itu peningkatan kadar hormon paratoid secara perlahan menyebabkan peningkatan jumlah dan aktifitas osteoklas sehingga terjadi demineralisasi. Peningkatan kadar kalsium serum pada hiperparatiroidisme dapat pula menimbulkan pembentukan batu ginjal.

Tulang mengandung 99% dari seluruh kalsium tubuh dan 90% dari seluruh fosfat tubuh. Fungsi penting kalsium adalah dalam mekanisme dan pembentukan darah, transmisi impuls neuromuscular, iritabilitas eksitabilitas otot, keseimbangan asam basah, permeabilitas membrane sel dan sebagai pelekat di antara sel-sel.

Secara umum fungsi tulang menurut Price dan Wilson (2006) antara lain :

1. Sebagai kerangka tubuh. Tulang sebagai kerangka yang menyokong dan memberi bentuk tubuh.
2. Proteksi sistem. Musculoskeletal melindungi organ-organ penting, misalnya otak dilindungi oleh tulang-tulang tengkorak, jantung dan paru-paru terdapat pada rongga dada (cavum thorax) yang dibentuk oleh tulang-tulang kostae (iga).
3. Ambulasi dan Mobilisasi. Adanya tulang dan otot memungkinkan terjadinya pergerakan tubuh dan perpindahan tempat, tulang memberikan suatu sistem pengungkit yang digerakkan oleh otot.

### **2.1.3. Etiologi**

Etiologi dari fraktur menurut (Price & Wilson, 2006 dan Long, 1996) yaitu :

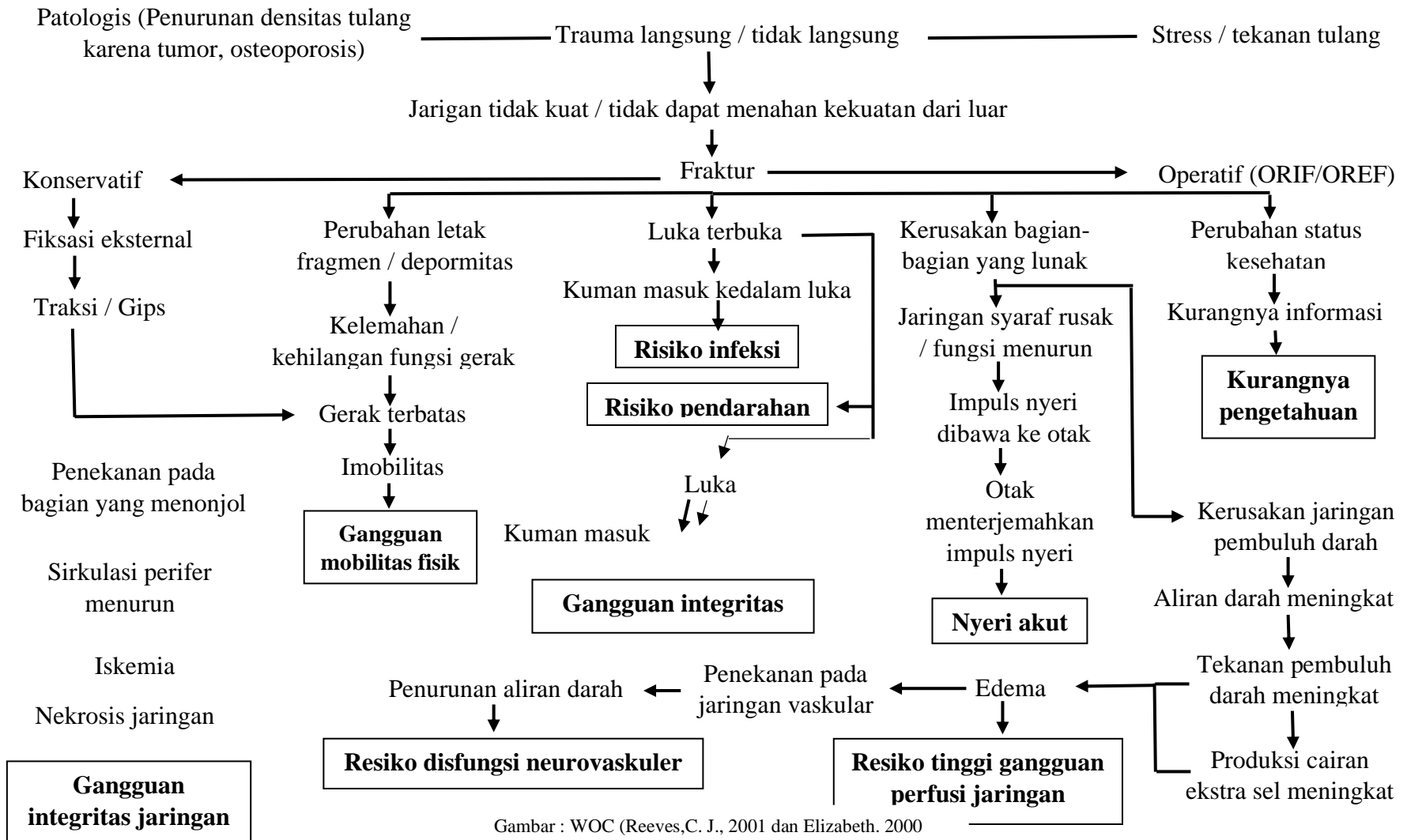
1. Cidera atau benturan (jatuh pada kecelakaan)
2. Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis
3. Fraktur karena letih
4. Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti baru diterima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

### **2.1.4. Patofisiologi**

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), trauma dan kondisi patologis yang terjadi pada tulang yang menyebabkan fraktur. Fraktur menyebabkan diskontinuitas jaringan tulang yang dapat membuat penderita mengalami kerusakan mobilitas fisiknya. Diskontinuitas jaringan tulang dapat mengenai 3 bagian yaitu jaringan lunak, pembuluh darah dan saraf serta tulang itu sendiri. Jika mengenai jaringan lunak maka akan terjadi spasme otot yang menekan ujung saraf dan pembuluh darah dapat mengakibatkan nyeri, deformitas serta syndrome compartment.

Fraktur adalah semua kerusakan pada kontinuitas tulang, fraktur beragam dalam hal keparahan berdasarkan lokasi dan jenis fraktur. Meskipun fraktur terjadi pada

semua kelompok usia, kondisi ini lebih umum pada orang yang mengalami trauma yang terus-menerus dan pada pasien lansia. Fraktur dapat terjadi akibat pukulan langsung, kekuatan tabrakan, gerakan memutar tiba-tiba, kontraksi otot berat, atau penyakit yang melemahkan tulang. Dua mekanisme dasar yang fraktur: kekuatan langsung atau kekuatan tidak langsung. Dengan kekuatan langsung, energi kinetik diberikan pada atau dekat tempat fraktur. Tulang tidak dapat menahan kekuatan. Dengan kekuatan tidak langsung, energi kinetik di transmisikan dari titik dampak ke tempat tulang yang lemah. Fraktur terjadi pada titik yang lemah. Sewaktu tulang patah, pendarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi pendarahan biasanya timbul hebat setelah fraktur. Sel-sel darah putih dan sel anast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ke tempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru umatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembekakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstrimitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pebekakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom compartment (Brunner dan Suddarth, 2002).



## PROSES PENYEMBUHAN TULANG

Fase-fase penyembuhan tulang yang telah mengalami kerusakan akibat suatu trauma/patah tulang. Ketika tulang mengalami cedera, fragmen tulang tidak hanya ditambal dengan jaringan parut namun tulang sendiri akan mengalami regenerasi secara bertahap. Tahap penyembuhan tulang meliputi fase inflamasi, fase proliferasi, fase pembentukan dan penulangan kalus (osifikasi) dan fase *remodeling* menjadi tulang matur.

1. Inflamasi, dengan adanya patah tulang, tubuh mengalami respon yang sama dengan bila ada cedera di lain tempat tubuh. Terjadi pendarahan dalam jaringan yang cedera dan terjadi pembentukan hematoma pada tempat yang patah tulang. Ujung fragmen tulang mengalami devitalisasi karena terputusnya pasokan darah. Tempat cedera kemudian akan diinvasi oleh makrofak (sel darah putih besar), yang akan membersihkan darah tersebut. Terjadi inflamasi, pembengkakan dan nyeri.
2. Proliferasi sel. Dalam waktu sekitar 5 hari, hematoma akan mengalami organisasi. Terbentuk benang-benang fibrin dalam jendela darah, membentuk jaringan untuk revaskularisasi dan terjadi invasi fibroblas dan osteoblast. Fibroblas dan osteoblast (berkembang dari osteosit, sel endosteum dan sel periosteum) akan menghasilkan kolagen dan proteoglikan sebagai matriks kolagen pada patahan tulang. Terbentuk jaringan ikat fibrosadan tulang rawan (osteoid). Dari periosteum, tampak pertumbuhan melingkar. Kalus tulang rawan tersebut di rangsang oleh gerakan mikro minimal pada tempat patah

tulang. Akan tetapi, gerakan yang berlebihan akan menusuk struktur kalus. Tulang yang sedang aktif tumbuh menunjukkan potensial elektronegatif.

3. Pembentukan kalus. Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah terhubung. Fragmen patah tulang digabungkan dengan jaringan fibrosa, tulang rawan dan tulang serat imatur. Bentuk kalus dan volume yang dibutuhkan untuk menghubungkan efek secara langsung berhubungan dengan jumlah kerusakan dan pergeseran tulang. Perlu waktu 3 sampai 4 minggu agar fragmen tulang tergabung dalam tulang rawan atau jaringan-jaringan fibrosa. Secara klinis, fragmen tulang tidak bisa lagi digerakkan. Osifikasi pembentukan kalus mulai mengalami penulangan dalam 2 sampai 3 minggu patah tulang melalui proses penulangan endokondral. Mineral terus-menerus ditimbun sampai tulang benar-benar telah bersatu dengan keras. Permukaan kalus tetap bersifat elektronegatif. Pada patah tulang panjang orang dewasa normal, penulangan memerlukan waktu 3 sampai 4 bulan.
4. *Remodelling*. Tahap akhir perbaikan patah tulang meliputi pengambilan jaringan mati dan regenerasi tulang baru ke susunan struktur sebelumnya. *Remodelling* memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun tergantung pada beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan, fungsi tulang, kasus yang mengakibatkan tulang kelompok dan kanselus serta stress fungsional pada tulang. Tulang kanselus mengalami penyembuhan dan *remodelling* lebih cepat dari pada tulang kortikal kompak, khususnya pada titik kontak langsung. Ketika *remodeling* telah sempurna, muatan permukaan patah tulang tidak lagi negatif. Proses penyembuhan tulang dapat dipantau dengan



pemeriksaan sinar-x. Imobilisasi harus memadai sampai tampak tanda-tanda adanya kalus pada gambaran sinar-x. Kemajuan program terapi (dalam hal ini pemasangan gips pada pasien yang mengalami patah tulang femur telah ditinggalkan dan pasien diimobilisasi dengan traksi skelet) ditentukan dengan adanya bukti penyembuhan pada tulang.

#### **2.1.5. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal dan perubahan warna (Brunner & Suddarth, 2002).

1. Nyeri terus-menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
2. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung bergerak tidak alamiah bukan seperti normalnya, pergeseran fraktur menyebabkan deformitas, ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas yang normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot.
3. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat di atas dan di bawah tempat fraktur.
4. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan

yang lainnya (uji krepitus dapat merusakkan jaringan lunak yang lainnya lebih berat).

5. Pembengkakan akan mengalami perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai trauma dan pendarahan akibat fraktur.

#### **2.1.6. Penatalaksanaan**

Menurut Mansjoer (2000) dan Muttaqin (2008), konsep dasar yang harus dipertimbangkan pada waktu penanganan fraktur yaitu: rekognisi, reduksi, retensi dan rehabilitasi.

1. Rekognisi (pengenalan). Riwayat kecelakaan derajat keparahan harus jelas untuk menentukan diagnosa keperawatan dan tindakan selanjutnya. Fraktur tungkai akan terasa nyeri dan bengkak. Kelainan bentuk nyata dapat menentukan diskontinuitas integritas rangka.
2. Reduksi (manipulasi). Reduksi adalah usaha dan tindakan untuk memanipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin kembali lagi seperti letak asalnya. Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula. Reduksi fraktur dapat dilakukan dengan reduksi tertutup, traksi atau reduksi terbuka. Reduksi fraktur dilakukan sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan pendarahan. Pada kebanyakan kasus, reduksi fraktur menjadi semakin sulit bila cedera sudah mulai mengalami penyembuhan (Mansjoer, 2002).
3. Retensi (immobilisasi). Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur reduksi, fragmen tulang harus diimmobilisasi atau dipertahankan dalam posisi kesejajaran

tulang sampai penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin dan teknik gips atau fiksator eksterna. Implan logam dapat digunakan untuk fiksasi interna yang berperan sebagai bidai untuk mengimobilisasi fraktur. Fiksasi eksterna adalah alat yang diletakkan di luar kulit untuk menstabilkan fragmen tulang dengan memasukkan dua atau tiga pin metal perkutaneus menembus tulang pada bagian proksimal dan distal dari tempat fraktur dan pin tersebut dihubungkan satu sama lain dengan menggunakan eksternal bars. Teknik ini terutama atau kebanyakan digunakan untuk fraktur pada tulang tibia, tetapi juga dapat dilakukan pada tulang femur, humerus dan pelvis (Mansjoer, 2000).

Fraktur biasanya menyertai trauma. Untuk itu sangat penting untuk melakukan pemeriksaan terhadap jalan nafas (airway), proses pernapasan (breathing) dan sirkulasi (circulation), untuk mengetahui apakah terjadi syok atau tidak. Bila dinyatakan tidak ada masalah, lakukan pemeriksaan fisik secara terperinci. Waktu terjadi kecelakaan penting dinyatakan untuk mengetahui berapa lama sampai di rumah sakit untuk mengetahui berapa lama perjalanan ke rumah sakit, jika lebih dari 6 jam, komplikasi infeksi semakin besar. Lakukan amnesia dan pemeriksaan fisik secara cepat, singkat dan lengkap. Kemudian lakukan foto radiologis. Pemasangan bidai dilakukan untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah terjadinya kerusakan yang lebih berat pada jaringan lunak. Tindakan pada fraktur terbuka harus dilakukan secepat mungkin. Penundaan waktu dapat mengakibatkan komplikasi. Waktu yang optimal untuk bertindak sebelum 6-7 jam (golden period). Berikan 22 toksoid, Antitetanus Serum (ATS) atau tetanus human globulin. Berikan antibiotik

untuk kuman gram positif dengan dosis tinggi. Lakukan pemeriksaan kultur dan resistensi kuman dari dasar luka fraktur terbuka (Smeltzer, 2001).

### **2.1.7. Komplikasi**

Komplikasi fraktur menurut (Arif Muttaqin, 2005 & Smeltzer dan Bare, 2001) antara lain :

- a) Kerusakan Arteri. Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak ada nadi, CRT menurun, synosis bagian distal, hematoma yang lebar dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi dan pembedahan.
- b) Sindroma Kompartement. Merupakan komplikasi serius yang terjadi karena perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Hal ini bisa disebabkan karena edema atau pendarahan yang menekan otot, penurunan ukuran kompartement oto karena fasia yang membungkus otot terlalu ketat, saraf, pembuluh darah atau tekanan dari luar seperti gips.
- c) *Fad Emboli Syndrome*. Merupakan komplikasi serius yang terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. Fes terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan *bone marrow* kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menjadi rendah. Hal ini ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardia, hipertensi, takipnea dan demam.
- d) Infeksi. Sistem pertahanan tubuh akan rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedi, infeksi-infeksi dimulai pada kulit (*superficial*) dan masuk ke dalam. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tetapi

dapat juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan dan pasca operasi pemasangan pin.

- e) Avaskuler nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's Ischemia (Smeltzer dan Bare, 2001 & Arif Muttaqin, 2005).
- f) Syok hipovolemik atau traumatic (banyak kehilangan darah dan meningkatnya permeabilitas kapilar eksternal maupun yang tidak kehilangan yang bisa menyebabkan penurunan oksigenasi) dan kehilangan cairan dan dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, thoraks, pelvis dan vertebra.

#### **2.1.8. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Arif Muttaqin (2008), pemeriksaan pemeriksaan penunjang pada fraktur yaitu:

1. Anamnesa/ pemeriksaan umum
2. Pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan yang penting adalah pemeriksaan menggunakan sinar Rontgen (sinar-x) untuk melihat gambaran tiga dimensi dari keadaan dan kedudukan tulang yang sulit.
3. CT scan : pemeriksaan bidang tertentu tulang yang terkena dan dapat memperlihatkan jaringan lunak atau cedera ligament atau tendon.
4. X - Ray : menentukan lokasi, luas, batas dan tingkat fraktur.
5. Pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium yang lazim digunakan untuk mengetahui lebih jauh kelainan yang terjadi meliputi :

- a. Kalsium serum dan fosfor serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang.
  - b. Fosfatase alkali meningkat pada saat kerusakan tulang.
  - c. Enzim otot seperti kreatinin kinase, laktat dehydrogenase (LDH-5), aspartat aminotransferase (AST) dan aldolase meningkat pada tahap penyembuhan tulang.
6. Pemeriksaan lain-lain :
- a. Biopsi tulang dan otot : pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan di atas, tetapi lebih diindikasikan bila terjadi infeksi.
  - b. Elektromiografi : terdapat kerusakan konduksi saraf akibat fraktur.
  - c. Artroskopi : didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan.
  - d. MRI : menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur.
  - e. *Indigium Imaging* : pada pemeriksaan ini didapatkan adanya infeksi pada tulang.

## **2.2 Asuhan keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Di dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi 5 tahap, yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan pelaksanaan, dan evaluasi.

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

## A. Pengumpulan Data

### a. Anamnesa

#### a. Identitas Klien

Meliputi nama, inisial, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

#### b. Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- **Provoking Incident:** apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- **Quality of Pain:** seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk-nusuk.
- **Region : radiation, relief:** apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- **Severity (Scale) of Pain:** seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

- Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain (Ignatavicius, Donna D, 1995).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget's yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan,



dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Ignatavicius, Donna D, 1995).

f. Riwayat Psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat (Ignatavicius, Donna D, 1995).

g. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

- Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketidakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak. (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan

penyebab masalah muskuloskeletal dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama kalsium atau protein dan terpapar sinar matahari yang kurang merupakan faktor predisposisi masalah muskuloskeletal terutama pada lansia. Selain itu juga obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

- Pola Eliminasi

Untuk kasus fraktur tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tapi walaupun begitu perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pada kedua pola ini juga dikaji ada kesulitan atau tidak. Pola Tidur dan Istirahat

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Doengos. Marilyn E, 2002).

- Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya

fraktur dibanding pekerjaan yang lain (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image) (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indera yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat fraktur (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien fraktur yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya (Ignatavicius, Donna D, 1995).

- Pola Penanggulangan Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketidakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

- Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien

## **b. Pemeriksaan Fisik**

### 1) Keadaan Umum Klien

Penampilan klien, ekspresi wajah, bicara, mood, berpakaian dan kebersihan umum, tinggi badan, BB, gaya berjalan.

### 2) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan pada tanda-tanda vital mencakup : suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah.

### 3) Pemeriksaan Local

Pemeriksaan fisik pada pasien fraktur biasanya seperti pemeriksaan fisik pada umumnya, tetapi pada saat pemeriksaan fraktur dilakukan hal – hal sebagai berikut :

#### a. Keadaan Lokal

Harus di perhitungkan keadakan proksimal serta bagian distal terutama mengenai status neurovaskuler (untuk status

neurovaskuler 5 P yaitu Pain, Palor, Parestesia, Pulse, Pergerakan). Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal adalah:

a. Look (inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain:

(a) Cicatriks (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi).

(b) Cape au lait spot (birth mark).

(c) Fistulae.

(d) Warna kemerahan atau kebiruan (livide) atau hyperpigmentasi.

(e) Benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (abnormal).

(f) Posisi dan bentuk dari ekstremitas (deformitas)

(g) Posisi jalan (gait, waktu masuk ke kamarperiksa)

b. Feel (palpasi)

Pada waktu akan palpasi, terlebih dahulu posisi penderita diperbaiki mulai dari posisi netral (posisi anatomi). Pada dasarnya ini merupakan pemeriksaan yang memberikan informasi dua arah, baik pemeriksa maupun klien.

Yang perlu dicatat adalah:

(a) Perubahan suhu disekitar trauma (hangat) dan kelembaban kulit. *Capillary refill time* € Normal 3– 5 “

(b) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama disekitar persendian.

(c) Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proksimal, tengah, atau distal).

Otot: tonus pada waktu relaksasi atau kontraksi, benjolan yang terdapat di permukaan atau melekat pada tulang. Selain itu juga diperiksa status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat benjolan perlu dideskripsikan permukaannya, konsistensinya, pergerakan terhadap dasar atau permukaannya, nyeri atau tidak, dan ukurannya.

c. Move (pergerakan terutama lingkup gerak)

Setelah melakukan pemeriksaan feel, kemudian diteruskan dengan menggerakkan ekstremitas dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pencatatan lingkup gerak ini perlu, agar dapat mengevaluasi keadaan sebelum dan sesudahnya. Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari tiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metrik. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (mobilitas) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif. (Reksoprodjo, Soelarto, 1995).

**b. Pemeriksaan Diagnostik**

a) Pemeriksaan Radiologi

Sebagai penunjang, pemeriksaan yang penting adalah “pencitraan” menggunakan sinar rontgen (x-ray). Untuk mendapatkan gambaran 3 dimensi keadaan dan kedudukan tulang yang sulit, maka diperlukan 2

proyeksi yaitu AP atau PA dan lateral. Dalam keadaan tertentu diperlukan proyeksi tambahan (khusus) ada indikasi untuk memperlihatkan pathologi yang dicari karena adanya superposisi. Perlu disadari bahwa permintaan x- ray harus atas dasar indikasi kegunaan pemeriksaan penunjang dan hasilnya dibaca sesuai dengan permintaan.

Hal yang harus dibaca pada x-ray:

- a. Bayangan jaringan lunak.
- b. Tipis tebalnya korteks sebagai akibat reaksi periosteum atau biomekanik atau juga rotasi.
- c. Trobukulasi ada tidaknya rare fraction.
- d. Sela sendi serta bentuknya arsitektur sendi.

Selain foto polos x-ray (plane x-ray) mungkin perlu tehnik khususnya seperti:

- a. Tomografi: menggambarkan tidak satu struktur saja tapi struktur yang lain tertutup yang sulit divisualisasi. Pada kasus ini ditemukan kerusakan struktur yang kompleks dimana tidak pada satu struktur saja tapi pada struktur lain juga mengalaminya.
- b. Myelografi: menggambarkan cabang-cabang saraf spinal dan pembuluh darah di ruang tulang vertebrae yang mengalami kerusakan akibat trauma.
- c. Arthrografi: menggambarkan jaringan-jaringan ikat yang rusak karena ruda paksa.

d. Computed Tomografi-Scanning: menggambarkan potongan secara transversal dari tulang dimana didapatkan suatu struktur tulang yang rusak.

b) Pemeriksaan Laboratorium

(a) Kalsium Serum dan Fosfor Serum meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

(b) Alkalin Fosfat meningkat pada kerusakan tulang dan menunjukkan kegiatan osteoblastik dalam membentuk tulang.

(c) Enzim otot seperti Kreatinin Kinase, Laktat Dehidrogenase (LDH-5), Aspartat Amino Transferase (AST), Aldolase yang meningkat pada tahap penyembuhan tulang.

Pemeriksaan lain-lain :

(a) Pemeriksaan mikroorganisme kultur dan test sensitivitas: didapatkan mikroorganisme penyebab infeksi.

(b) Biopsi tulang dan otot: pada intinya pemeriksaan ini sama dengan pemeriksaan diatas tapi lebih dindikasikan bila terjadi infeksi.

(c) Elektromyografi: terdapat kerusakan konduksi saraf yang diakibatkan fraktur.

(d) Arthroscopy: didapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan.

(e) Indium Imaging: pada pemeriksaan ini didapatkan adanya infeksi pada tulang.



- (f) MRI: menggambarkan semua kerusakan akibat fraktu  
(Ignatavicius, Donna D, 1995)

### **2.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah.
2. Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit.
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tanpak nyeri, perdarahan, kemerahan
5. Risiko Disfungsi Neorovaskuler perifer b.d fraktur, penekanan klinis (balutan)
6. Resiko pedarahan b.d trauma dan tindakan pembedahan
7. Kurang pengetahuan b.d kurang terpapar informasi di tandai dengan klien tanpak menunjukkan prilaku tidak sesuai dengan anjuran dan menunjukkan prilaku berlebihan.

### 2.2.3 RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (LKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di buktikan dengan pasien tampak meringgis, gelisah.	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 1 x24 jam diharapkan nyeri menurun</p> <p>KH : Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>• Gelisah menurun (5)</li> <li>• Meringgis menurun (5)</li> <li>• Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,.</li> <li>• Identifikasi nyeri.</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>• Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pola tidur membaik (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ul>
Kontrol Nyeri		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (5)</li> </ul>	<p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tarik napas dalam, kompres hanagat/dingin).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan orang terdekat meningkat (5)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan analgetik menurun (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri .</li> </ul>
Penyembuhan luka		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembentukan jaringan parut menurun.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam</li> </ul>

---

- 
- Peradangan luka pemilihan strategy  
menurun (5) meredakan nyeri.
  - Peningkatan suhu kulit *Edukasi*  
menurun (5).
    - Jelaskan penyebab, periode,  
dan pemicu nyeri.
    - Jelaskan strategi meredakan  
nyeri.
    - Anjurkan memonitor nyeri  
secara mandiri.
    - Anjurkan menggunakan  
analgetik secara tepat.
    - Ajarkan teknik  
nonfarmakologis untuk  
mengurangi nyeri.
  - Infeksi menurun (5)
-

---

			<i>Kolaborasi</i>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik <i>.jika perlu</i></li> </ul>
2.	Resiko Infeksi berhubungan dengan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka integritas kulit meningkat	<i>Observasi</i>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> </ul>
		KH : Tingkat Nyeri	<i>Terapeutik</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Kemerahan menurun (5)</li> <li>• Bengkak menurun(5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi jumlah pengunjung.</li> <li>• Berikan perawatan kulit pada area edema.</li> <li>• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> </ul>
		Integritas kulit dan jaringan	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan meningkat (5)</li> </ul>	

---

- 
- Kerusakan jaringan menurun (5)
  - Kerusakan lapisan kulit menurun (5)
  - Nyeri menurun (5)
  - Suhu kulit membaik (5)
  - Pemberian teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.
  - *Edukasi*
    - Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
    - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
    - Ajarkan etika batuk.
    - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
    - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
-

---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</li> </ul>
		<p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.</li> </ul>
<p>3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien tanpa nyeri saat bergerak.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka mobilitas disik meningkat.</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan eksremitas meningkat (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian.(fraktur).</li> <li>• Monitor bagian distal area cedera.</li> <li>• Monitor adanya adanya pendarahan pada daerah cedera.</li> </ul>

---

- 
- Kecemasan menurun (5)
  - Gerakan terbatas menurun (5)
  - Identifikasi material bidai yang sesuai.
  - Tutup luka terbuka dengan balutan.
  - Atasi perdarahan sebelum bidai di pasang.
  - Berikan bantalan pada bidai.
  - Imobilisasi sendi di atas dan di bawah area cedera.
  - Topang kaki menggunakan penyangga kaki.
  - Tempatkan eksremitas yang cedera dalam posisi fungsional.
-



- 
- Pasang bidai pada posisi tubuh seperti saat di temukan .
  - Gunakan kedua tangan untuk menopang area cedera.
  - Gunakan kain gendong secara tepat
  - Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai
  - Anjurkan membatasi gerak pada area cedera
-

---

<p>4. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d kelembapan di buktikan pasien dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit nyeri, pendarahan, hematoma.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam gangguan integritas kulit menurun:</p> <p>KH : Integritas Kulit dan Jaringan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan meningkat (5)</li> <li>• Kerusakan jaringan menurun (5)</li> <li>• Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Pendarahan menurun (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>• Monitor tanda-tanda infeksi.</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan.</li> <li>• Cukur rambut di sekitar luka, <i>jika perlu</i></li> <li>• Bersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>• Bersihkan jaringan nekrotik.</li> </ul>
---	--	--

---

- 
- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Kemerahan menurun (5)</li><li>• Nekrosis menurun (5)</li><li>• Suhu kulit membaik (5)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Berikan salep yang sesuai dengan luka / lesi, <i>jika perlu</i></li><li>• Bersihkan jaringan nekrotik.</li><li>• Pasang balutan sesuai jenis luka.</li></ul>  |
| Penyembuhan luka.   |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Penyatuan kulit meningkat (5)</li><li>• Penyatuan tepi luka meningkat (5)</li><li>• Pembentukan jaringan parut menurun (1)</li><li>• Edema pada sisi luka menurun (5)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pertahankan teknik steril saat perawatan luka.</li><li>• Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drenase.</li><li>• Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien.</li></ul> |
-

- 
- Peradangan menurun (5)
  - Nyeri menurun (5)
  - Infeksi menurun (5)
  - Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg / hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari.
  - Berikan suplemen vitamin dan mineral , *sesuai indikasi.*
  - Berikan terapi TENS , *jika perlu*

*Edukasi*

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
  - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
-

- 
- Ajarkan perawatan luka secara mandiri.

*Kolaborasi*

- Kolaborasi prosedur *debridement* (mis, enzimatik, biologis, mekanis)
- Kolaborasi pemberian anti biotik, *jika perlu*.

5. Risiko Disfungsi Neorovaskuler perifer b.d fraktur, Setelah dilakukan tindakan penekanan klinis (balutan)

keperawatan selama 1x 24 jam maka resiko disfungsi neorovaskuler perifer menurun.

KH : Neurovaskuler perifer

*Observasi*

- Periksa sirkulasi perifer secara menyeluruh (mis, pulsasi perifer, edema, warna, dan suhu eksremitas)

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sirkulasi arteri meningkat (5)</li> <li>• Sirkulasi vena meningkat (5)</li> <li>• Pergerakan eksremitas meningkat (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Pendarahan menurun (5)</li> <li>• Nadi membaik (5)</li> <li>• Suhu tubuh membaik (5)</li> <li>• Warna kulit membaik (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor nyeri pada daerah yang terkena .</li> <li>• Monitor tanda-tanda penurunan sirkulasi vena .(mis, bengkak ,nyeri, peningkatan nyeri pada posisi tergantung, nyeri menetap saat hangat, mati rasa, pembesaran vena superfesial, merah, hangat, perubahan warna kulit).</li> </ul>
<p>Perfusi perifer</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggikan daerah yang cidera 20 derajat di atas jantung.</li> </ul>

---

- 
- Penyembuhan luka membaik (5)
  - Edema perifer menurun (5)
  - Nyeri ekstremitas menurun (5)
  - Nekrosis menurun (5)
  - Lakukan rentang gerak aktif dan pasif.
  - Ubah posisi setiap 2 jam.
  - Hindari akses intravena antekubiti.
  - Hindari memijat atau mengompres otot yang cidera.

*Edukasi*

- Jelaskan mekanisme terjadinya emboli perifer.
  - anjurkan menghindari maneuver valsava.
-

- 
- Ajarkan cara mencegah emboli perifer. (mis, hindari imobilisasi jangka panjang).
  - Ajarkan pentingnya antikoagulan selama 3 bulan.

*Kolaborasi*

- Kolaborasi pemberian antikoagulan.
  - Kolaborasi pemberian prometazim intravena dalam NaCL 0,9% 25-50 secara lambat dan hindari pengenceran kurang dari 10 cc.
-



---

6.	Resiko pendarahan b.d trauma dan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka penyembuhan luka meningkat.  KH: penyembuhan luka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala pendarahan.</li> <li>• Monitor hematokrik/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah.</li> <li>• Monitor tanda-tanda vital ortostatik.</li> <li>• Monitor koagulasi.</li> </ul>	<i>Observasi</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyembuhan kulit meningkat (5)</li> <li>• Penyatuan tepi luka meningkat (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Infeksi menurun (5)</li> </ul>	<i>Terapeutik</i>	
		Tingkat luka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan bed rest selama pendarahan.</li> <li>• Batasi tindakan infasif.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelembapan kulit menurun (1)</li> </ul>		

---

- 
- Pendarahan pasca operasi menurun (1)
  - Tekanan darah membaik (5)
  - Suhu tubuh membaik (5)
- Gunakan kasue pencegah decubitus.
  - Hindari pengukuran suhu rektal
  - Jelaskan tanda dan gejala pendarahan.
  - Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi.
  - Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi.
  - Anjurkan menghindari aspirin atau antikuagula.
-

- 
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin k.
  - Anjurkan segera melapor jika terjadi pendarahan.

*Kolaborasi*

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.
  - Kolaborasi pemberian produk darah.
  - Kolaborasi pemberian peluna tinja.
-

---

<p>7. Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi di tandai dengan klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuran dan menunjukkan perilaku berlebihan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka pengetahuan meningkat .</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)</li> <li>• Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat (5)</li> <li>• Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun (5)</li> <li>• Perilaku membaik (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>• Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan.</li> </ul>
---	--	--

---

---

Tingkat kepatuhan

- Verbalisasi kemauan mematuhi prokram atau pengobatan meningkat (5)
- Resiko komlikasi penyakit menurun (5)
- Perilaku menjalankan anjuran membaik (5)

- Berikan kesempatan untuk bertanya.
  - Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
  - Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih.
  - Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.
-

## BAB III

### TINJAUAN KASUS

#### 3.1 PENGKAJIAN

##### 1. Identitas Klien

Nama : Tn.T. Ruang Rawat : Ambun Suri L.t 1  
Umur : 38 tahun. Tgl Masuk : 14 Juni 2019  
Jenis kelamin : Laki-Laki. Tgl Pengkajian: 19 Juni 2019  
Pekerjaan : Gojek Tgl Operasi : 15 Juni 2019  
Suku bangsa : Minang.  
Agama : Islam.  
Pendidikan : SMK.  
Alamat : Sanjai Dalam Bukittinggi.

##### Penanggung Jawab

Nama : Ny.A  
Umur : 37 tahun  
Hub Keluarga : Istri  
Pekerjaan : Dosen.

#### I. Alasan Masuk

Klien masuk melalui IGD RSUD Dr.Ahmad Mochtar Bukittinggi pada hari Jumat tanggal 14 Juni 2019, dengan keluhan kaki patah sebelah kanan dan luka di bagian kaki tersebut.

## **II. Riwayat Kesehatan**

### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2019 jam 09.00 WIB klien mengatakan sudah 5 hari kakinya yang patah sudah di operasi dan luka. Klien mengatakan nyeri menusuk dan panas di bagian kaki yang siap operasi dan lamanya nyeri  $\pm 5$  menit. Kaki klien tampak dibalut dengan tensorepe dan ferbam di sebelah kanan. Dari observasi klien tampak meringis dan menahan nyeri, klien tampak merasakan nyeri di bagian kaki sebelah kanan yang siap operasi dengan skala nyeri 6, lamanya nyeri  $\pm 5$  menit, luka tertutup perban, keadakan perban tampak berdarah dan luka klien terdapat luka lembab, dengan panjang luka  $\pm 9$  cm, kulit klien tampak memerah di bagian luka yang siap operasi dan terasa panas. Klien beraktifitas dibantu keluarga. Klien tampak terpasang infus RL dengan 20 gtt/ menit.

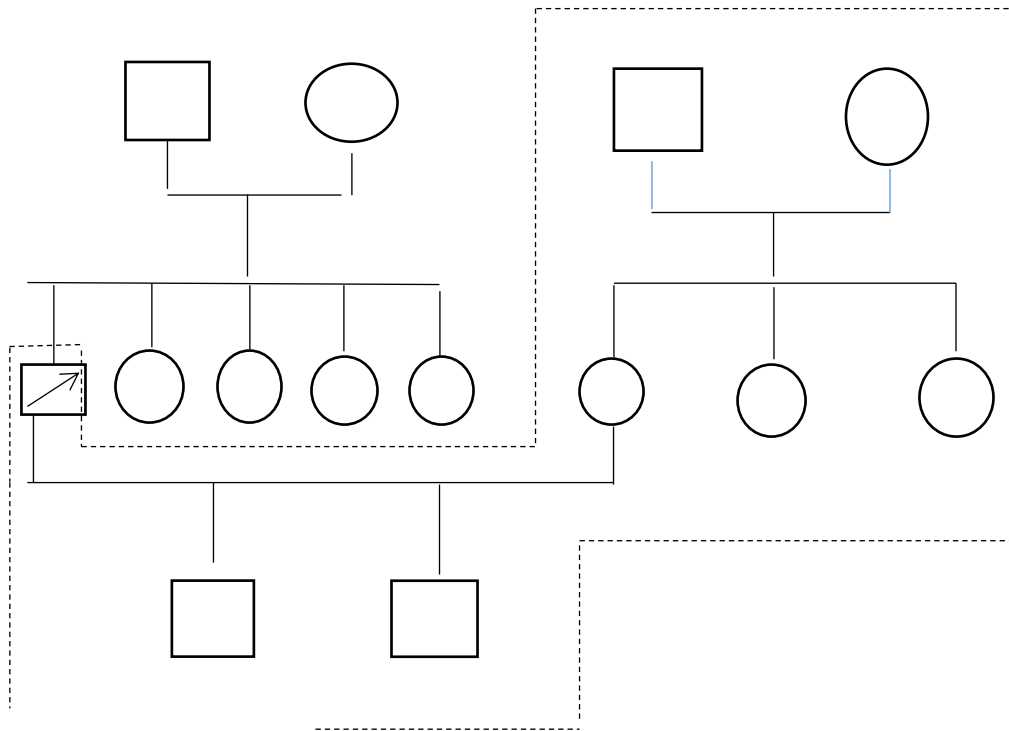
### **b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan belum pernah menderita penyakit yang sama dengan hari ini, penyakit yang pernah di derita penyakit mutaber.

### **c. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan tidak ada keluarga klien mengalami riwayat penyakit patah tulang hipertensi, DM, dan penyakit keturunan lainnya.

d. **Genogram**



Keterangan:

□ : Laki - laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

○ (dashed) : Tinggal Serumah

**III. Pemeriksaan Fisik**

Kesadaran :Compos Mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

BB/TB :75 kg / 170cm

Tanda vital

TD :120/70 mmHg

Suhu :36,8 °C



Nadi :82 x/i

Pernapasan :20x/i

### **Pemeriksaan Head To Toe:**

#### 1. Kepala.

##### a. Rambut

Bentuk kepala bulat,rambut klien tampak hitam,tidak kotor,tidak ada lesi,tidak ada pembengkakan tidak berminyak,tidak rontok dan penyebaran merata,

##### b. Mata

Simetris kiri dan kanan, conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan ( Kaca mata), reflek pupil isokor, reflek cahaya (+/+), Ukuran pupil 2 ml.

##### c. Telinga

Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak ada pembengkakan.

##### d. Hidung

Hidung simetris kiri dan kanan, bersih, tidak ada sekret, tidak ada cuping hidung, tidak ada lesi.

##### e. Mulut Dan Gigi

Bibir simetris atas dan bawah, gigi klien tampak rapih dan bersih, tidak ada karies, tidak ada peradangan pada mulut, mukosa bibir lembab tidak ada sianosis.

#### 2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, tidak ada pembesaran kelenjer tyroid, vena jugularis teraba.

3. Thorak

a. Paru-paru

**I :** Pergerakan dinding dada normal, simetris kiri dan kanan, tidak ada luka, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, frekuensi nafas 20x/ menit.

**P:** Tidak ada nyeri tekan, Pergerakan fermitus sama.

**P:** Sonor

**A:** Vesikuler

b. Jantung

**I :** Simetris kiri dan kanan, Iktus Cordis tidak terlihat.

**P :** Iktus Cordis teraba.

**P :** Redup

**A :** Frekuensi 80x / menit, irama regular (Lup-dup)

c. Abdomen

**I :** Perut klien tampak bersih,tidak ada bekas luka, warna kulit sama.

**A :** Bising usus normal 5-8x / menit

**P :** Tidak ada nyeri tekan pada abdomen

**P :** Bunyi Tympani

d. Punggung

Punggung simetris kiri dan kanan, warna kulit sama,tidak ada pembengkakan atau gangguan pada punggung

e. Ekstremitas

**Atas**

Klien terpasang IVFD RL 20 gtt/menit di tangan kiri dan tangan kanan tanpa ada bekas lecet-lecet. Kondisi lecet sudah mulai kering.

**Bawah**

Terdapat luka siap operasi pada bagian ekstremitas bawah yaitu pada kaki kanan klien, luka tanpa memerah, bengkak, luka tertutup perbandan terpasang tensocrep, keadaan perban berdarah dan keadaan kulit lembab. Terdapat luka panjang ±9 cm dan nyeri menusuk-nusuk di bagian kaki sebelah kanan, skala nyeri 6, dan lamanya nyeri ± 5 menit. Kulit terasa panas di sekitar luka bekas operasi.

**Kekutan otot**

5555	5555
2222	5555

f. Genitalia

Klien tidak terpasang kateter. tidak ada kelainan pada genitalia, tanpa bersih

g. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, tidak terdapat adanya lesi

**IV. Data Biologis**

**TABEL 3.1**  
**DATA AKTIVITAS**

No	Aktifitas	Sehat	Sakit
1	Makan dan minuman		
	a. Makanan		
	2. Menu	Nasi dan lauk	MB

3. Porsi	Habis 1 piring	Habis 1 porsi
4. Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
b. Minuman		
1. Jumlah	8-10 gelas	8-10 gelas
2. Minum kesukakan	The telur	Air putih
3. Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
<b>2 Eliminasi</b>		
a. BAB		
1. Frekuensi	1x dalam sehari	1x hari
2. Warna	Kuning	Kuning
3. Bau	Khas	Khas
4. Konsistensi	Lembab	Lembab
5. Kesulitan	Tidak ada	Ada
b. BAK		
1. Frekuensi	5-6 x sehari	3x sehari
2. Warna	Kuning	kuning
3. Bau	Pesing	Pesing
4. Konsistensi	Cair	Cair
5. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
<b>3. Istirahat dan tidur</b>		
a. waktu tidur	malam	siang malam
b. lama tidur	8 jam	9 jam,
	Baca AL-Quran	Baca AL-Quran

---

c. hal	yang	
mempermudah tidur		Nyeri
d. kesulitan tidur		
<b>4</b>	<b>Personal hygiene</b>	
a. mandi	2 x sehari	Di lap 1 x 2 sehari
b. cuci rambut	1 x sehari	1 x sehari
c. gosok gigi	2 kali sehari	1 x sehari
d. potong kuku	1 x seminggu	1x seminggu

---

**V. Riwayat Elergi**

Klien mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan.

**VI. Data Psikologis**

Klien mengatakan selama klien sakit, klien sama sekali tidak mengeluh dengan penyakitnya sekarang.

**VII. Data Sosial ekonomi**

Klien mengatakan tinggal dengan keluarga dan mertuanya.Klien berpenghasilan menengah

**VIII. Data Spritual**

Klien mengatakan beragama islam,waktu sehat klien mengatakan rajin beribadah dan waktu sakit klien juga ta'at beribadah.

**IX. Data Penunjang**

Pemeriksaan labor:

Tanggal 16 Juni 2019

**TABEL 3.2**

<b>PARAMETER</b>			<b>NILAI RUJUKAN</b>
HGB	14,5	[g/dL]	P 13.0- 16.0 W 12.0-14.0
RBC	4,94	[10 <sup>6</sup> /ul]	P 4.5- 5.5 W 4.0- 5.0
HCT	42,2	[%]	P 40.0- 48.0 W 37.0- 43.0
MCV	85,4-	[fl]	
MCH	29,4	[pg]	
MCHC	34,4	[g/dl]	
RDW-SD	40,3	[fl]	
RDW-CV	13,1	[%]	
WBC	9,58	[10 <sup>3</sup> /ul]	5.0-10.0
EO%	28,8	[%]	1-3
BASO%	0,4	[%]	0-1
NEUT%	43,4	[%]	50-70
LYMPH%	42,8	[%]	20-40
MONO%	10,6	[%]	2-8
EO%	0,27	[10 <sup>3</sup> ul]	
BASO%	0,04	[10 <sup>3</sup> ul]	
NEUT%	4,15	[10 <sup>3</sup> ul]	

---

LYMPH%	4,10	[10 <sup>3</sup> ul]
MONO%	1,2	[10 <sup>3</sup> ul]

---

## **X. Data Pengobatan**

1. Infus RL 500cc 20 tetes/menit.
2. Injeksi Cefriaxson 2x1 gram /12 Jam
3. Injeksi Ranitidine 2x1 gram /12 Jam

## **XI. Data Fokus**

### **1. Data Subjektif**

- Klien mengatakan kaki yang patah sebelah kanan dan kaki tersebut sudah di operasi 5 hari yang lalu.
- Klien mengatakan nyeri menusuk-nusuk di bagian kaki yang sudah di operasi.
- Klien mengatakan nyeri hebat bagian kaki yang luka saat beraktifitas.
- Klien mengatakan kaki terasa panas bagian kaki yang patah atau bagian luka.
- Klien mengatakan susah beraktifitas.

### **2. Data Objektif**

- Klien tampak ada balutan tensocrepe dan ferban di bagian kaki sebelah kanan. Keadaan ferban tampak berdarah dan lembab.
- Klien tampak merasakan nyeri menusuk-nusuk dan meringis kesakitan saat di bersikan oleh petugas luka siap operasi kaki yang sebelah kanan

.Skala nyeri 6, lamanya nyeri  $\pm$  5 menit, luka klien tampak panjang  $\pm$ 9 cm. klien merasakan nyeri tampak tiba-tiba.

- Luka dan kulit bagian bekas operasi klien tampak memerah dan terasa panas.
- Klien tampak dibantu keluarga beraktifitas
- Klien tampak terpasang infus RL dengan 20 gtt / menit.
- Klien tampak tegang dan cemas pada saat di bersihkan lukanya oleh petugas.
- TD :120/70 mmHg
- Suhu :36,8 °C
- Nadi :82 x/i
- Pernapasan :20x/i

**TABEL 3.3**

**ANALISA DATA**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS	Nyeri Akut	Agen Cedera fisik
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki yang patah siap di operasi 5 hari yang lalu.</li> <li>• Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang siap di operasi.</li> </ul>		



---

DO

- Klien tampak ada balutan dan ferban di bagian kaki sebelah kanan. Keadaan ferban tampak berdarah dan lembab.
- Klien tampak nyeri menusuk-nusuk meringis kesakitan di luka siap operasi di bagian kaki kanan, skala nyeri 6, dengan lama  $\pm 5$  menit.
- Skala nyeri 6 dan lamanya nyeri  $\pm 5$  menit.
- Klien tampak nyeri tiba-tiba.
- Klien tampak gelisah
- TD = 120/70 mmHg
- Nadi = 82 x/i
- P = 20 x/i

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu= 36,8</li> </ul>		
<b>2</b>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki terasa panas bagian kaki yang patah atau bagian luka.</li> <li>• Klien mengatakan kaki terasa bengkak</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• luka klien tampak panjang ±9 cm.</li> <li>• Luka klien tampak memerah dan terasa panas</li> </ul> <p>Klien tampak merasakan nyeri dan meringis kesakitan saat di bersikan oleh petugas.</p>	Resiko Infeksi	Kerusakan integritas kulit
<b>3</b>	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki patah sebelah kanan siap di operasi.</li> <li>• Klien mengatakan susah beraktifitas.</li> </ul>	Gangguan Mobilitas Fisik	Kerusakan integritas struktur tulang dan nyeri

---

---

DO

- Klien tampak di bantu saat beraktifitas.
- TD = 120/70
- Nadi = 82x/i
- P = 20x/i
- Suhu = 36,8

4 DS Gangguan kelembabpan

- Klien mengatakan kaki integritas yang patah sebelah kulit/jaringan kanan dan kaki tersebut sudah di operasi 5 hari yang lalu.

DO

- Luka dan kulit bagian bekas operasi klien tampak memerah dan terasa panas.
  - luka klien tampak panjang ±9 cm
  - TD = 120/70
  - Nadi = 82x/i
-

- 
- $P = 20x/i$
  - Suhu= 36,8
- 

### **2.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

8. Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah.
9. Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit.
10. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tandai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan
11. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak.

### 3.3 RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	Keperawatan (SDKI)	(SLKI)	(SIKI)
1.	<p>Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di buktikan dengan pasien tampak meringgis, gelisah.</p> <p>DS:</p> <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki yang patah siap di operasi 5 hari yang lalu.</li> <li>• Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang siap di operasi.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan <i>Observasi</i> Keperawatan 1 x24 jam diharapkan nyeri menurun</p> <p>KH : Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>• Gelisah menurun (5)</li> <li>• Meringgis menurun (5)</li> <li>• Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>• Pola tidur membaik (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,.</li> <li>• Identifikasi nyeri.</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>• Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ul>

DO	Kontrol Nyeri	• Monitor efek samping
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak ada balutan dan ferban di bagian kaki sebelah kanan. Keadaan ferban tampak berdarah dan lembab.</li> <li>• Klien tampak nyeri menusuk-nusuk meringis kesakitan di luka siap operasi di bagian kaki kanan, skala nyeri 6, dengan lama ±5 menit.</li> <li>• Skala nyeri 6 dan lamanya nyeri ± 5 menit.</li> <li>• Klien tampak nyeri tiba-tiba.</li> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• TD = 120/70 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (5)</li> <li>• Dukungan orang terdekat meningkat (5)</li> <li>• Penggunaan analgetik menurun (5)</li> </ul> <p data-bbox="842 829 1087 857">Penyembuhan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembentukan jaringan parut menurun.</li> <li>• Peradangan luka menurun (5)</li> <li>• Peningkatan suhu kulit menurun (5).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ul> <p data-bbox="1299 383 1444 410"><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tarik napas dalam, kompres hangat/dingin).</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri .</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategy meredakan nyeri.</li> </ul>

---

- Nadi =82 x/i

- P = 20x/i

- Suhu= 36,8

- Infeksi menurun (5)

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

- Jelaskan strategi meredakan nyeri.

- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

*Kolaborasi*

- Kolaborasi pemberian analgetik

*.jika perlu*

---

---

<p>2. Resiko Infeksi berhubungan dengan integritas kulit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka integritas kulit meningkat</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> </ul>
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki terasa panas bagian kaki yang patah atau bagian luka yang siap operasi.</li> </ul>	<p>KH : Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Kemerahan menurun (5)</li> <li>• Bengkak menurun(5)</li> </ul>	<p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi jumlah pengunjung.</li> <li>• Berikan perawatan kulit pada area edema.</li> </ul>
<p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki terasa bengkak</li> <li>• luka klien tampak panjang ±9 cm.</li> <li>• Luka klien tampak memerah dan terasa panas</li> </ul>	<p>Integritas kulit dan jaringan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan meningkat (5)</li> <li>• Kerusakan jaringan menurun (5)</li> <li>• Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>• Pemberian teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> </ul>

---



- 
- Klien tampak merasakan nyeri dan meringis kesakitan saat di bersikan luka siap operasi oleh petugas. Lamanya nyeri  $\pm$ 5 menit, skala nyeri 6.
  - Suhu kulit membaik (5)
  - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
  - Ajarkan etika batuk.
  - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
  - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
  - Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

*Kolaborasi*

- Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu.*

---

<p><b>3.</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d Setelah dilakukan tindakan <i>Observasi</i></p> <p>kerusakan integritas struktur tulang keperawatan selama 1x 24 jam dibuktikan dengan pasien tanpak nyeri maka mobilitas disik mennggkat.</p> <p>saat bergerak</p> <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki yang patah siap di operasi 5 hari yang lalu.</li> <li>• Klien mengatakan susah beraktifitas.</li> <li>• Klien mengatakan dibantu keluarga saat beraktifitas.</li> </ul> <p>DO</p>	<p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan eksremitas meningkat (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Kecemasan menurun (5)</li> <li>• Gerakan terbatas menurun (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian.(fraktur).</li> <li>• Monitor bagian distal area cedera.</li> <li>• Monitor adanya adanya pendarahan pada daerah cedera.</li> <li>• Identifikasi material bidai yang sesuai.</li> <li>• Tutup luka terbuka dengan balutan.</li> <li>• Atasi perdarahan sebalum bidai di pasang.</li> <li>• Berikan bantalan pada bidai.</li> </ul>
--	---	---

---

- 
- Klien tampak tidak bisa beraktifitas.
  - Klien tampak di bantu saat beraktifitas.
  - TD = 120/70
  - Nadi = 82x/i
  - P = 20x/i
  - Suhu = 36,8 °C
- Imobilisasi sendi di atas dan di bawah area cedera.
  - Topang kaki menggunakan penyangga kaki.
  - Tempatkan eksremitas yang cedera dalam posisi fungsional.
  - Pasang bidai pada posisi tubuh seperti saat di temukan .
  - Gunakan kedua tangan untuk menopang area cedera.
  - Gunakan kain gendong secara tepat
  - Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai
-

---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan membatasi gerak pada area cedera</li> </ul>
4.	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d kelembapan di buktikan pasien dengan kerusakan jarinagn / lapisan kulit nyeri, pendarahan, hematoma</p> <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• . Klien mengatakan kaki yang patah siap di operasi 5 hari yang lalu.</li> <li>• Klien Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang sudah di operasi.</li> </ul> <p>DO</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam gangguan integritas kulit menurun:</p> <p>KH : Integritas Kulit dan Jaringan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan meningkat (5)</li> <li>• Kerusakan jaringan menurun (5)</li> <li>• Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Pedarahan menurun (5)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka (dranase, warna, ukuran, bau)</li> <li>• Monitor tanda-tanda infeksi.</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan.</li> <li>• Cukur rambut di sekitar luka, <i>jika perlu</i></li> <li>• Bersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>• Bersihkan jaringan nekrotik.</li> </ul>

---

- 
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak ada bekas operasi dan jahitan di bagian kaki sebelah kanan klien.</li> <li>• Luka klien tampak panjang <math>\pm 9</math> cm.</li> <li>• Luka klien tampak berdarah dan lembab.</li> <li>• TD = 120/70</li> <li>• Nadi = 82x/i</li> <li>• P = 20x/i</li> <li>• Suhu = 36,8 °C</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemerahan menurun (5)</li> <li>• Nekrosis menurun (5)</li> <li>• Suhu kulit membaik (5)</li> </ul> <p>Penyembuhan luka.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyatuan kulit meningkat (5)</li> <li>• Penyatuan tepi luka meningkat (5)</li> <li>• Pembentukan jaringan parut menurun (1)</li> <li>• Edema pada sisi luka menurun (5)</li> <li>• Peradangan menurun (5)</li> <li>• Nyeri menurun (5)</li> <li>• Infeksi menurun (5)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan salep yang sesuai dengan luka / lesi, <i>jika perlu</i></li> <li>• Pasang balutan sesuai jenis luka.</li> <li>• Pertahankan teknik steril saat perawatan luka.</li> <li>• Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drenase.</li> <li>• Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien.</li> <li>• Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg / hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari.</li> <li>• Berikan suplemen vitamin dan mineral, <i>sesuai indikasi</i>.</li> </ul> |
|--|---|---|
-

- 
- Berikan terapi TENS , *jika perlu*

#### *Edukasi*

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
- Ajarkan perawatan luka secara mandiri.

#### *Kolaborasi*

- Kolaborasi prosedur *debridement* (mis, enzimatik, biologis, mekanis)
- Kolaborasi pemberian anti biotik, *jika perlu*.

### 3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf
1.	Rabu 19-06-2019	Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik d.d pasien tampak meringgis, gelisah	08.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Mengidentifikasi nyeri.</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri pada kaki yang siap operasi.</li> <li>• Klien mengatakan sudah nyaman.</li> <li>• Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan nyeri.</li> </ul> <p>O :</p>	

---

6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak meringis skala nyeri menusuk-</li> </ul>
7. Memfasilitasi istirahat dan tidur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>nusuk di bagian kaki yang siap operasi,</li> </ul>
8. Memertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategy meredakan nyeri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>skala nyeri 6. Dengan waktu nyeri <math>\pm</math> 5 menit.</li> </ul>
9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak gelisah</li> <li>• TD = 120/70 mmHg</li> <li>• Nadi =82 x/i</li> </ul>
10. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P = 20x/i</li> <li>• Suhu= 36,8°C</li> </ul>
11. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk	<p>A : Masalah belum teratasi nyeri akut</p>

---



---

				mengurangi nyeri.(tarik nafas dalam / teknik rileksasi)	P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12.
				12. Kolaborasi pemberian analgetik .	
2.	Rabu 19-06-2019	Resiko Infeksi	09.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.	S :
		berhubungan dengan integritas kulit		2. Membatasi jumlah pengunjung.	• Klien mengatakan luka terasa panas dan memerah
				3. Memerikan perawatan kulit pada area edema.	O :
				4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.	• Terdapat nyeri tekan di daerah kaki yang luka dan luka tanpak lembab. • Luka klien tanpak memerah.

---

---

				5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.	• Luka klien tanpa panjang ± 9cm
				6. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi.	A : Masalah belum teratasi Resiko Infeksi
				7. Kolaborasi pemberian imunisasi,	P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7
3.	Rabu 19-06-2019	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembaban diantai dengan klien tanpa nyeri,	09.00	1. Monitor karakteristik luka (dranase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi. 3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan. 4. Memersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksik.	S:  • Klien mengatakan luka lembab  • Klien Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang sudah di operasi.  O :

---

---

perdarahan,  
kemerahan

5. Memersihkan jaringan nekrotik dan membersihkan luka.
6. Memberikan salep/betadine.
7. Bersihkan jaringan nekrotik.
8. Pasang balutan sesuai jenis luka.
9. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka.
10. Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drenase.
11. menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien.

- Klien tampak ada bekas operasi dan jahitan di bagian kaki lembab.
- Luka klien tampak panjang  $\pm 9$  cm.
- Luka klien tampak berdarah.
- TD = 120/70
- Nadi = 82x/i
- P = 20x/i
- Suhu = 36,8 °C

A : Masalah belum teratasi  
Gangguan integritas kulit/jaringan

---

---

					P : Intervensi di lanjutkn. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
4.	Rabu 19-06-2019	Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien tampak nyeri saat bergerak	12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian.(fraktur)</li> <li>2. Mengidentifikasi material bidai yang sesuai.</li> <li>3. Menutup luka terbuka dengan balutan.</li> <li>4. Mengatasi perdarahan sebelum bidai di pasang.</li> <li>5. Memberikan bantalan pada bidai.</li> <li>6. Menempatkan eksremitas yang cidera dalam posisi fungsional.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan setiap beraktifitas di bantu oleh keluarga.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak di bantu oleh keluarga setiap beraktifitas</li> <li>• Klien tampak susah beraktifitas</li> <li>• TD = 120/70mmHg</li> <li>• Nadi =82 x/i</li> </ul>

---

- 
- 7. Memasang bidai pada posisi tubuh seperti saat di temukan.
    - P = 20x/i
    - Suhu= 36,8
  - 8. Mendorong kedua tangan untuk menopang area cedera.
    - A : Masalah belum tertasi
    - Gangguan mobilitas fisik
  - 9. Menggunakan kain gendongan secara tepat.
    - P :intervensi dilanjutkan
    - 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
  - 10. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai
  - 11. Menganjurkan membatasi gerak pada area cedera

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf
1.	Kamis 20-06- 2019	Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik d.d pasien	08.30	1. Mengidentifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	S :  • klien mengatakan masih nyeri pada	

---

---

tampak	2. Mengidentifikasi nyeri.	kaki yang luka siap
meringgis,	3. Mengidentifikasi respon	operasi tetapi sudah
gelisah	nyeri non verbal.	berkurang.
	4. Mengidentifikasi factor yang	• Klien mengatakan
	memperberat dan	sudah bisa
	memperingan nyeri.	mengendalikan nyeri.
	5. Memonitor efek samping	O :
	penggunaan analgetik.	• klien tampak meringgis
	6. Mengontrol lingkungan yang	skala nyeri 3.
	memperberat rasa nyeri .	Keadakan luka
	7. Memfaasilitasi istirahat dan	tampak bersih.
	tidur.	• klien sudah tampak
	8. Memertimbangkan jenis dan	tenang.
	sumber nyeri dalam	• Klien tampak sudah
		nyaman.

---

---

	pemilihan strategy	• TD = 110/80 mmHg
	meredakan nyeri.	• Nadi =80 x/i
	9. Menjelaskan strategi	• P = 20x/i
	meredakan nyeri.	• Suhu= 36,8°C
	10. Mengajukan memonitor	A : Masalah teratasi
	nyeri secara mandiri.	sebahagian nyeri akut
	11. Mengajarkan teknik	P : intervensi dilanjutkan
	nonfarmakologis untuk	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
	mengurangi nyeri.(tarik nafas	
	dalam / teknik rileksasi)	
	12. Kolaborasi pemberian	
	analgetik.	
2.	Kamis 20-06-2019 Resiko Infeksi 09.00	1. Memonitor tanda dan gejala S :
	berhubungan	infeksi local dan sistemik.

---

		dengan integritas kulit		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung.</li> <li>3. Memeriksa perawatan kulit.</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>6. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi.</li> <li>7. Kolaborasi pemberian imunisasi,</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan luka terasa panas berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat nyeri tekan di daerah kaki yang luka. skala nyeri 3</li> <li>• Luka klien tampak memerah berkurang.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebahagian resiko infeksi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6</p>
3.	Kamis 20-06-2019	Gangguan integritas	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (dranase, warna, ukuran, bau)</li> </ol>	S:



---

<p>kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan</p>	<p>2. Monitor tanda-tanda infeksi. 3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan. 4. Memersihkan dengan NACL. 5. Memersihkan jaringan nekrotik. 6. Memberikan salep / betadine . 7. Memasang balutan sesuai jenis luka. 8. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka. 9. Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drenase.</p>	<p>• Klien mengatakan luka tidak terlalu lembab lagi. • Klien Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang sudah di operasi. O : • Klien tampak dan jahitan di bagian kaki masih lembab.. • Luka klien tampak panjang ±9 cm. • Luka klien masih tampak berdarah.</p>
--	---	--

---

---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD = 110/80mmHg</li> <li>• Nadi =80x/i</li> <li>• P = 20x/i</li> <li>• Suhu= 36,8 °C</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P : Intervensi di lanjutkn. 1,2,3,4,5,6,7,8,9</p>	
4.	Kamis 20-06-2019	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang</p>	12.00	<p>1. Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian.(fraktur)</p> <p>2. Mengidentifikasi material bidaiyang sesuai.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa beraktifitas sendiri.</li> </ul>

---

---

dibuktikan  
dengan pasien  
tanpak nyeri  
saat bergerak

3. Menutup luka terbuka dengan balutan.
4. Mengatasi perdarahan sebelum bidai di pasang.
5. Memberikan bantalan pada bidai.
6. Menempatkan eksremitas yang cedera dalam posisi fungsional.
7. Memasang bidai pada posisi tubuh seperti saat di temukan .
8. Mendorong kedua tangan untuk menopang area cedera.

- Klien mengatakan masih bantu keluarga setiap beraktifitas.
- O :
- Klien tampak di bantu kelurga saat beraktifitas
  - Klien tanpak susah beraktifitas
  - TD = 110/80mmHg
  - Nadi =80 x/i
  - P = 20x/i
  - Suhu= 36,8
-

				9. Menggunakan kain gendongan secara tepat.	A : Masalah tertasi sebahagian Gangguan mobilitas fisik	
				10. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai	P :intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	
				11. Megananjurkan membatasi gerak pada area cedera		
NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf
1.	Jumat21-06-2019	Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik d.d pasien tampak meringgis, gelisah	08.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>Mengidentifikasi nyeri.</li> <li>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</li> </ol>	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki yang luka.</li> <li>Klien mengatakan nyeri sudah jauh</li> </ul>	

- 
- |   |   |
|---|---|
| 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.                  | berkurang dari hari sebelumnya.   |
| 5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah bisa mengontrol nyeri.</li> </ul>                 |
| 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri .                              | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak meringis</li> </ul>                              |
| 7. Memfaasilitasi istirahat dan tidur.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• skala nyeri 3</li> <li>• klien tampak agak tenang.</li> </ul>            |
| 8. Memertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategy meredakan nyeri. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD = 120/70 mmHg</li> <li>• Nadi =82 x/i</li> <li>• P = 20x/i</li> </ul> |
| 9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu= 36,8°C</li> </ul>  |
-

---

			10. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	A : Masalah teratasi sebahagian nyeri akut
			11. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.(tarik nafas dalam / teknik rileksasi)	P : intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
			12. Kolaborasi pemberian analgetik.	
2.	Jumat21-06-2019	Resiko Infeksi	09.00	
		berhubungan dengan integritas kulit	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.	S : • Klien mengatakan luka sudah tidak terasa panas.
			2. Membatasi jumlah pengunjung.	• Klien mengatakan sudah nyaman.
			3. Memerikan perawatan kulit pada area edema.	
				O :

---

---

				4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat nyeri tekan di daerah kaki yang luka</li> <li>• Luka klien sudah tidak memerah</li> </ul>
				5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.	A : Masalah teratasi resiko infeksi.
				6. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.	P : intervensi dilanjutkan
				7. Kolaborasi pemberian imunisasi,	1,2,3,4,5,6,7
<b>3.</b>	Jumat 21-06-2019	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di	09.35	1. Monitor karakteristik luka (dranase, warna, ukuran, bau)	S:
				2. Monitor tanda-tanda infeksi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan luka sudah tidak lembab lagi</li> </ul>
				3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan.	

---

---

<p>tantai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan</p>	<p>4. Memersihkan dengan NACL</p> <p>5. Memersihkan jaringan nekrotik.</p> <p>6. Memberikan salep /betadine . O :</p> <p>7. Membersihkan jaringan nekrotik.</p> <p>8. Memasang balutan sesuai jenis luka.</p> <p>9. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka.</p> <p>10. Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drenase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang sudah di operasi.</li>   <li>• Klien tampak ada bekas operasi dan jahitan di bagian kaki tidak lembab lagi.</li>   <li>• Luka klien tampak panjang ±9 cm.</li>   <li>• Luka klien tampak bersih.</li>   <li>• TD = 120/70mmHg</li>   <li>• Nadi =82x/i</li>   <li>• P = 20x/i</li> </ul>
--	--	--

---



---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu= 36,8 °C</li> </ul>
				<p>A : Masalah teratasi sebahagian. Gangguan integritas kulit/jaringan</p>
				<p>P : Intervensi di lanjutkn.</p> <p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</p>
4.	Jumat 21-06-2019	Gangguan	12.00	S :
		Mobilitas Fisik		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan</li> </ul>
		b.d kerusakan		<p>masih di bantu</p>
		integritas		<p>keluarga saat</p>
		struktur tulang		<p>beraktifitas.</p>
		dibuktikan		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan</li> </ul>
		dengan pasien		<p>tidak bisa beraktifitas</p>
			1. Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan pembedaian.(fraktur)	<p>sendiri.</p>
			2. Mengidentifikasi material bidaiyang sesuai.	
			3. Menutup luka terbuka dengan balutan.	

---

---

tanpak nyeri

saat bergerak

4. Mengatasi perdarahan

sebelum bidai di pasang.

5. Memberikan bantalan pada

bidai.

6. Menempatkan eksremitas

yang cedera dalam posisi

fungsional.

7. Memasang bidai pada posisi

tubuh seperti saat di temukan

8. Mendorong kedua tangan

untuk menopang area cedera.

9. Menggunakan kain gendongan

secara tepat.

O :

- Klien masih di bantu

keluar saat

beraktifitas

- Klien tanpak susah

beraktifitas

- TD = 120/70mmHg

- Nadi =82 x/i

- P = 20x/i

- Suhu= 36,8°c

A : Masalah belum tertasi

Gangguan mobilitas fisik

P :intervensi dilanjutkan

1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11

---

- 
10. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai
  11. Menganjurkan membatasi gerak pada area cedera
-

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.T Di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD Dt.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019. penulis telah mencoba menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien Tn.T dengan fraktur sesuai dengan teori-teori yang ada. Ada beberapa hal yang dapat dibahas dan diperhatikan dalam penerapan dan pengaplikasian asuhan keperawatan, maka dalam bab ini dapat dilakukan pembahasan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dengan mencari factor-factor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan, antara lain yaitu .

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001). Dalam melakukan pengkajian pada klien Tn.T data didapatkan dari klien, beserta keluarga dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

#### **4.1.1 Identitas Klien**

Dalam melakukan pengkajian pada klien Tn.T, penulis tidak menemukan kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien sehingga penulis memperoleh dan mendapatkan informasi langsung dari klien.

#### **4.1.2 Riwayat kesehatan**

##### **4.1.2.1 Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat melakukan pengkajian Riwayat kesehatan sekarang penulis tidak menemukan kesenjangan yang ditemukan ditinjau kasus yaitu : kaki klien yang patah sudah di operasi dan luka. Klien mengatakan nyeri di bagian kaki yang siap operasi dengan skala nyeri 6 dan lamanya nyeri  $\pm$  5 menit, luka tampak memerah dan bengkak. Luka tertutup perban, keadaan perban tampak berdarah. luka klien terdapat luka dengan panjang  $\pm$  9 cm

##### **4.1.2.2 Riwayat kesehatan dahulu**

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan dahulu penulis tidak ada menemukan riwayat penyakit fraktur sebelumnya.

##### **4.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga**

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga, klien mengatakan bahwa di keluarga klien tidak ada satu pun keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien dan menderita penyakit keturunan lainnya.

#### **4.1.3 Pemeriksaan fisik**

Saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada klien Tn.T. S tidak didapatkan kesenjangan data antara tinjauan teoritis dengan data yang ditemukan pada saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik (tinjauan kasus) dikarenakan dalam pemeriksaan fisik ini sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien saat ini.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 Diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul menurut (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu :

1. Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah.
2. Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit.
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak.
4. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d kelembapan di buktikan pasien dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit nyeri, pendarahan, hematoma.
5. Risiko Disfungsi Neorovaskuler perifer b.d fraktur, penekanan klinis (alutan)
6. Resiko pendarahan b.d trauma dan tindakan pembedahan
7. Kurang pengetahuan b.d kurang terpapar informasi di tandai dengan klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuran dan menunjukkan perilaku berlebihan.

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosa. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah :

- 1) Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah.

Faktor pendukung diagnosa yang pertama yaitu saat melakukan pengkajian tanggal Rabu 19-06-2019 klien mengatakan kaki yang siap operasi terasa nyeri, dan klien tampak meringgis kesakitan, selain itu klien juga tampak kaki klien di palut dengan perban, dan klien tampak di bantu keluarga saat beraktifitas.

- 2) Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit.

Faktor pendukung untuk diagnosa kedua yaitu klien mengatakan kaki nyeri dan terasa panas, selain itu kaki klien tampak memerah dan luka tampak lembab.

- 3) Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak.

Faktor pendukung untuk diagnosa ketiga yaitu klien mengatakan setiap beraktifitas di bantu oleh keluarga, aktivitas tampak di bantu keluarga setiap beraktifitas. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tandai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan

- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tandai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan

Faktor pendukung untuk diagnosa keempat yaitu luka klien tampak lembab, dan tampak ada jahitan bekas operasi

Dari penjabaran diatas penulis dapat membahas antara lain : Namun ada 3 masalah keperawatan yang tidak ada muncul di dalam tinjauan kasus pada Tn.T, yaitu : Resiko Disfungsi Neorovaskuler perifer b.d fraktur, penekanan klinis (balutan), Kurang pengetahuan b.d kurang terpapar informasi di tandai dengan klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuran dan menunjukkan perilaku berlebihan dan Resiko pendarahan b.d trauma dan tindakan pembedahan. Di karenakan belum adanya data pendukung untuk mengangkat 3 masalah keperawatan tersebut dan ada empat masalah yang muncul di dalam tinjauan kasus, yaitu : Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di buktikan dengan pasien tampak meringgis, gelisah, Resiko Infeksi berhubungan dengan integritas kulit, Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien tampak nyeri saat bergerak, dan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d kelembapan di buktikan pasien dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit nyeri, pendarahan, hematoma.

### **4.3 Intervensi**

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2004).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.



a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah., rencana tindakan yang dilakukan kepada klien yaitu Identifikasi local, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Monitor efek samping penggunaan analgetik.

b. Untuk diagnosa kedua

Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit, rencana tindakan yang dilakukan kepada klien yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan kulit pada area edema, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,Pemberian teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar,Ajarkan etika batuk, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi,Anjurkan meningkatkan asupan cairan, Kolaborasi pemberian imunisasi.

c. Untuk diagnosa ketiga

Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak. Rencana tindakan yang akan dilakukan kepada klien yaitu Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Fasilitasi

melakukan pergerakan, Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

d. Untuk diagnosa keempat

Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tanpa nyeri, perdarahan, kemerahan rencana tindakan yang akan dilakukan kepada klien yaitu Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi, Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan, Bersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksik, Bersihkan jaringan nekrotik, Berikan salep yang sesuai dengan luka / lesi, Bersihkan jaringan nekrotik., Pasang balutan sesuai jenis luka, Pertahankan teknik steril saat perawatan luka, Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase, Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien, Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

#### **4.4 Implementasi**

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan kepada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien,

sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah, implementasi yang dilakukan kepada klien yaitu Mengidentifikasi local, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi nyeri, Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Memonitor efek samping penggunaan analgetik, Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Memfasilitasi istirahat dan tidur, Menjelaskan strategi meredakan nyeri, Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri, Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

b. Untuk diagnosa kedua

Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit, implementasi yang dilakukan kepada klien yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Membatasi jumlah pengunjung, Memeriksa perawatan kulit pada area edema, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi.

c. Untuk diagnosa ketiga

Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembaban di tandai dengan klien tanpa nyeri, perdarahan, kemerahan implementasi yang akan

dilakukan kepada klien yaitu Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi, Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan, Memersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksik, Memersihkan jaringan nekrotik, Memberikan salep yang sesuai dengan luka , Bersihkan jaringan nekrotik, Pasang balutan sesuai jenis luka, Pertahankan teknik steril saat perawatan luka, Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien.

d. Untuk diagnosa keempat

Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak, implementasi yang akan dilakukan kepada klien yaitu Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan pembidaian (fraktur), Mengidentifikasi material bidai yang sesuai, Menutup luka terbuka dengan balutan, Mengatasi perdarahan sebelum bidai di pasang, Memberikan bantalan pada bidai, Menempatkan ekstremitas yang cedera dalam posisi fungsional, Memasang bidai pada posisi tubuh seperti saat di temukan , Mendorong kedua tangan untuk menopang area cedera, Menggunakan kain gendongan secara tepat, Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai menganjurkan membatasi gerak pada area cedera.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya dan memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

#### **4.5 Evaluasi**

Dari 4 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi melihat catatan perkembangan klien selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 19 juni2019 sampai dengan tanggal 21 Juni 2019.

12. Pada diagnosa pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah belum teratasi karena klien meringis kesakitan dan luka operasi masih belum kering.

13. Pada diagnosa kedua yaitu Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit teratasi sebagian karena luka klien sudah tidak merah, kuli panas lagi dan luka sudah bersih.
14. Pada diagnosa ketiga yaitu Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tanpak nyeri, perdarahan, kemerahan teratasi teratasi sebahagian karena luka operasi klien sudah tidak lembab lagi dan luka mulai kering.
15. Pada diagnosa keempat Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak belum teratasi karena klien masih di bantu keluarga saat beraktifitas.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn. T dengan Open Fraktur Tibia Fibul yang di Rawat di Ruang Rawat Inap bedah RSUD Dr. Achamd Mochtar Bukittinggi, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 19 Juni 2019 sampai tanggal 21 Juni 2019.

#### **5.1. Kesimpulan**

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak, dan bahkan kontraksi otot eksterm. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga akan terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak dan pendarahan ke otot serta sendi. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang (Suzanne C.Smeltzer,2002).

Didalam pengkajian pada tanggal 19 juni 2019 ditemukan masalah pada Tn.T adalah pasien fraktur dengan 4 diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah, Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit, Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tanpak nyeri, perdarahan, kemerahan,

Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak. Setelah diberikan asuhan keperawatan, pasien sudah nyaman dan tidak meringis lagi, kulit pasien tidak memerah lagi, dan tidak panas lagi, kulit klien tidak lembab lagi, dan aktifitas klien masih di bantu keluarga.

Dari uraian diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan :

5.1.1 Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan Fraktur dapat dilakukan dengan baik.

5.1.2 Pada diagnosa asuhan keperawatan pada klien Fraktur dapat dirumuskan 4 diagnosa pada tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah.
2. Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit.
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang di tandai dengan pasien nyeri saat bergerak.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tanpak nyeri, perdarahan, kemerahan

5.1.3 Pada perencanaan asuhan keperawatan pada klien fraktur semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus. Intervensi utama yang di lakukan pada diagnosa Nyeri akut yaitu berikan teknik non farmakologis (teknik nafas dalam). Pada diaknosa Resiko Infeksi intervensi utama yang dilakukan yaitu berikan perawatan luka. Pada diagnosa Integritas Kulit intervensi utama yang di lakukan yaitu



bersihkan jaringan nekrotik dan bersihkan luka dengan NACL. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi utama yang dilakukan yaitu pemasangan pembidaiaan.

5.1.4 Pada implementasi asuhan keperawatan pada klien fraktur hampir semua dapat dilakukan.

Evaluasi atau catatan perkembangan pada klien dengan asuhan keperawatan pada klien fraktur di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019, dua dari masalah keperawatan belum teratasi yaitu : Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan pasien tampak nyeri saat bergerak di buktikan dengan klien tampak di bantu keluarga saat beraktifitas. Sedangkan yang dua sudah sebagian teratasi yaitu : Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah, Resiko Infeksi b.d kerusakan integritas kulit, Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembabpan di tantai dengan klien tampak nyeri, perdarahan, kemerahan.

## **5.2 Saran**

Setelah penulis membuat kesimpulan tentang asuhan keperawatan pada Tn.T dengan fraktur, maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikut :

### **5.2.1 Institusi Pendidikan**

Hasil penulisan karya ilmiah ini di harapkan menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya di bidang medikal bedak pada klien Tn.T dengan fraktur di ruang perawatan.

#### 5.2.2 Lahan Rumah Sakit

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan menejemen asuhan keperawatan dan membantu perawat di ruang perawatan dalam menjaga kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan.

#### 5.2.3 Penulis

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien fraktur sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi D3 Keperawatan.

#### 5.2.4 Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien dengan fraktur. Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan unyuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner dan Suddarth, 2002, *Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 3, EGC, Jakarta
- Corwin Elizabeth. (2002). *Buku Saku Patofisiologi* . jakarta : EGC
- Carpenito (2000), *Diagnosa Keperawatan-Aplikasi pada Praktik Klinis*, Ed. 6, EGC, Jakarta
- Doengoes, Marlylin E, 2000 *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Evelyn C.Pearce. 2008. *Anatomi Fisiologi Untuk Para Medis* . jakarta: PT Gramedia
- Engram Barbara, 2001. *Rencana Asuhan Keperawatan Bedah Volume 2*. EGC
- Ignatavicius, D. D. 2010. *Medical – Surgical Nursing : Clients- Centered Colaborative Care*. Sixth Edition, 1 & 2. Missouri : Saunders Elsevier
- Mansjoer (2000) & Muttaqin (2008). *Penatalaksanaan keperawatan*. Jakarta : EGC
- Muttaqin, Arif (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC
- Nursalam. 2001. *Pendekatan praktis metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. Info Medika
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defisit dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Price dan Wilson (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis – Proses Penyakit*. Jakarta :EGC
- Price Syalvia, A.2002. *Patofisiologi Konsep Klinis-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Smeltzer Suzanne, C. 2002. *Buku Ajar Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Sjamsuhidajad & Jong (2005). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC
- Rasjad , Chairudin, 2007. *Pengantar Ilmu Bedah Orthopedi, Edisi ketiga*. Yrsif Watampore, Jakarta

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Fajar watulangi

Tempat / Tanggal Lahir : payakumbuh 14 mai 1996

Agama : Islam

Negeri Asal : Situjuah Limo Nagari

Anak Ke : 1 (satu)

Jumlah Saudara : 2 (satu)

Nama Orang Tua

Ibu : Nurfaliza

Alamat : Sikabu Padang kuning ,Situjuah Gadang , Kec.Situjuah  
Limo Nagari

Kabupaten : Lima Puluh Kota

Riwayat Pendidikan

1. SD N 06 padang kuning : 2003 – 2008
2. SMP N 2 Situjuah Gadang : 2008 - 2011
3. SMA N 1 Situjuah Limo Nagar : 2011 - 2014
4. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2016 sampai  
sekarang

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS  
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG  
TA 2019/2019**

**NAMA MAHASISWA** : Fajar Watulangi  
**NIM** : 1614401009  
**RUANGAN** : Ambun Suri Lt-1  
**JUDUL STUDI KASUS** : Asuhan Keperawatan pada Klien Tn.T  
 Dengan Open Fraktur Tibia Fibula Di Ruang  
 Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Ahmad Mochtar  
 Bukittinggi Tahun 2019

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu / 19 Juni 2019	07.15		12.30		
2	Kamis / 20 Juni 2019	07.30		12.15		
3	Jumat / 21 Juni 2019	07.55		12.00		

Bukittinggi, 21 Juni 2019

**Ka Ruangan**

  
 Ns. DODI ZARTINI, S.Kep  
 NIP. 198512151980032001  
 (Ns. Dodi Zartini, S.Kep.)

**Pembimbing**

  
 (Ns. Dia Resti DND M.Kep)

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**






**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : FAJAR WATULANGI

NIM : 1614401009

Pembimbing : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn.T dengan Fraktur Tibia Fibula di Ruang Inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Rabu 10 Juli 2019	Pemburhan Babo I. - Teyan pemetus. - mangant.	
2.	15. Juli 2019.	Pemburhan Babo II. - Tarkah ke gamban artan fraktur	
3.	18. Juli 2019.	Pemburhan Babo III. - Keadaa an. - Anahsa data.	
4.	22. Juli 2019	Pemburhan Tesun Sam.	
5.	23 Juli 2019.	Acc de jurnal.	
6.			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : FAJAR WATULANGI

NIM : 1614401009

Pembimbing : Ns. Fadhilah Rizka Utami, S.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.T dengan *fraktur* di Ruang Ambun  
Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Jum'at 21/6-19	Perbaikan Askep sesuai: opur, siki dan sivi	 F. Rizka Utami, S. Kep., Ns NIP. 198902202010012008
2.	Kelora 23/7-19	Acc lenah diidangkan	 F. Rizka Utami, S. Kep., Ns NIP. 198902202010012008
3.			
4.			
5.			
6.			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : FAJAR WATULANGI

NIM : 1614401009

Penguji : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : : Asuhan Keperawatan Pada Tn.T dengan Fraktur Tibia Fibula di Ruang Inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	5. Agustus 2019	Kontrol perbaikan	
2.	5. Agustus 2019	Ace sijiib	
3.			
4.			
5.			
6.			