

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN FRAKTUR**  
**DI RUANG BEDAH DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH**  
**MANNA BENGKULU SELATAN**  
**TAHUN 2019**



**DISUSUN OLEH :**  
**HERMA YENI**  
**NIM: P0 5120218 144 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI**  
**DIPLOMA DIII KEPERAWATAN**  
**T.A 2018/2019**

**HALAMAN JUDUL**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN FRAKTUR**  
**DI RUANG BEDAH DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH**  
**MANNA BENGKULU SELATAN**  
**TAHUN 2019**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma III  
Keperawatan Pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Kemenkes Bengkulu

**DISUSUN OLEH :**  
**HERMA YENI**  
**NIM: P0 5120218 144 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI**  
**DIPLOMA DIII KEPERAWATAN**  
**T.A 2018/2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN FRAKTUR  
DI RUANG BEDAH DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH  
MANNA BENGKULU SELATAN  
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

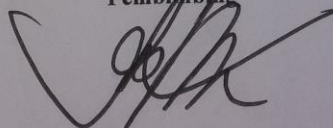
**HERMA YENI**  
NIM: P0 5120218 144 RPL

Karya tulis ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan  
Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 30 Agustus 2019

Oleh :  
Dosen Pembimbing Proposal

**Pembimbing**



**Ns. Idramsvah, M.Kep, Sp.Kep. M.B**  
NIP. 198103012000121001

**HALAMAN PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN FRAKTUR  
DI RUANG BEDAH DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH  
MANNA BENGKULU SELATAN  
TAHUN 2019**

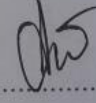
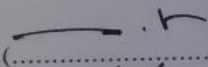

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

**HERMA YENI**  
NIM: P0 5120218 144 RPL

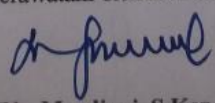
Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 30 Agustus 2019

Panitia Penguji :

1. Sariman Pardosi, S.Kp.S.Sos. M.Si (Psi) (.....)  
NIP. 196403031986031005
2. Pauzan Efendi, SST, M.Kes (.....)  
NIP. 19680913198831003
3. Ns. Idramsyah, M.Kep. Sp.Kep. M.B (.....)  
NIP. 198103012000121001

Mengetahui,  
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

  
(Ns. Mardiani, S.Kep, MM)  
NIP. 197203211995032001

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada ALLAH SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul ***“Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Fraktur di Ruang Bedah di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019”***. Sholawat serta salam untuk Nabi besar Muhammad SAW, yang telah berjuang untuk menyampaikan ajaran Islam sehingga umat mendapat petunjuk ke jalan yang lurus baik di dunia maupun di akhirat.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Proposal ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan dari dosen pembimbing dan dorongan dari berbagai pihak.. Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., M.PH. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM. selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Ns. Idramsyah, M.Kep, Sp.Kep. M.B, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan Proposal ini.
5. Orang tua, suami dan anak yang telah memberi dukungan untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian proposal ini. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan

bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Proposal yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa prodi keperawatan bengkulu lainnya.

Bengkulu, 30 Agustus 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
C. Batasan Masalah.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
A. Konsep Anatomi dan Fisiologi Tulang .....	7
1. Anatomi Tulang .....	7
2. Fisiologi Tulang.....	10
3. Proses Penyembuhan Tulang .....	11
B. Konsep Fraktur .....	13
1. Definisi Fraktur .....	13
2. Klasifikasi Fraktur .....	13
3. Etiologi Fraktur .....	18
4. Patofisiologi .....	19
5. WOC .....	22
6. Manifestasi Klinis .....	23
7. Komplikasi .....	24
8. Pemeriksaan Penunjang .....	25
9. Penatalaksanaan Medis .....	26
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	29
1. Pengkajian .....	29
2. Pemeriksaan Fisik .....	31
3. Diagnosa Keperawatan.....	33
4. Intervensi Keperawatan.....	35
5. Implementasi .....	39
6. Evaluasi Keperawatan .....	39
<b>BAB III METODELOGI PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	40
B. Subjek Penelitian.....	40
C. Batasan Istilah .....	40
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41

E. Prosedur Penelitian.....	41
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	42
1. Teknik Pengumpulan Data.....	42
2. Instrumen Pengumpulan Data.....	42
G. Keabsahan Data.....	42
H. Analisa Data .....	43
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS</b>	
A. Pengkajian Keperawatan .....	45
B. Analisa Data .....	51
C. Diagnosa Keperawatan.....	52
D. Intervensi Keperawatan.....	53
E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	59
<b>BAB V</b>	
A. Pengkajian.....	63
B. Diagnosa.....	63
C. Intervensi.....	64
D. Implementasi.....	65
E. Evaluasi.....	66
<b>BAB VI</b>	
A. Kesimpulan .....	69
B. Saran.....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR SKEMA

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Skema 2.1 WOC	11

## DAFTAR TABEL

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan	24
2	Tabel 4.2 Terapi Obat	38
3	Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang	39
4	Tabel 4.4 Analisa Data	39
5	Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan	40
6	Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan	46
7	Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan	55

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang atau tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Zairin Noor Helmi,2012). Fraktur tulang terjadi saat tulang dihantam atau terbentur oleh sesuatu yang kekuatannya melebihi kekuatan tulangnya sendiri, dapat terjadi ketika terjatuh dari tempat tinggi, mengalami kecelakaan saat berkendara, cedera saat olahraga atau terhantam benda-benda keras, selain itu kondisi fraktur tulang juga dapat terjadi akibat osteoporosis (Oktavia 2010).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mencatat pada tahun 2011-2015 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang mengalami fraktur akibat kecelakaan lalu lintas. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2018 menyebutkan sekitar delapan juta orang mengalami fraktur dengan jenis fraktur yang paling banyak yaitu fraktur ekstremitas atas sebesar 32,7% dan ekstremitas bawah sebesar 67,9%. 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 kecil di kaki dan 336 orang mengalami fraktur fibula (Depkes RI 2017).

Data dari rekam medis RSUD Hasanuddin Damrah Manna di dapatkan angka kejadian fraktur terutama yang disebabkan kecelakaan lalu lintas dari tahun ketahun mengalami perubahan, pada tahun 2015 terdapat 68 orang, pada tahun 2016 terdapat 53 orang, sedangkan pada tahun 2017 terjadi peningkatan yang cukup tinggi mencapai 77 orang dan tahun 2018 sebanyak 62 orang.

Fraktur dapat terjadi akibat : Peristiwa trauma tunggal, sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan, yang dapat

berupa benturan, pemukulan, penghancuran, penekukan atau terjatuh dengan posisi miring, pemuntiran, atau penarikan dan bila terkena kekuatan langsung, tulang dapat patah pada tempat yang terkena serta jaringan lunak juga pasti rusak. Kelemahan abnormal pada tulang atau fraktur patologik, fraktur ini dapat terjadi pada tekanan yang normal karena tulang itu lemah misalnya oleh tumor atau karena tulang itu sangat rapuh misalnya pada penyakit paget dan osteoporosis (Zairin, 2012).

Ada beberapa dampak yang dapat terjadi apabila fraktur tidak mendapatkan penanganan secara tepat antara lain : Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Kerusakan arteri, pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai oleh tidak adanya nadi dimana CRT (*Capillary Refil Time*) yang disebabkan oleh tindakan emergensi pembedaian, perubahan posisi pada daerah yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan. Sindrom kompartemen adalah suatu kondisi dimana terjadi terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut akibat suatu pembengkakan dari edema atau perdarahan yang menekan otot, syaraf, dan pembuluh darah. Infeksi, system pertahanan rusak bila ada trauma pada jaringan. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena bahan lain dalam pembedahan seperti pin (*Open Reduction Internal Fixation dan Open Reduction Eksternal Fixation*) atau plat. *Avascular nekrosis* terjadi karena aliran darah ketulang rusak atau terganggu yang biasa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya volkman's ischemia. Sindrom emboli lemak adalah komplikasi serius yang sering terjadi pada kasus fraktur tulang panjang (Zairin, 2012).

Fraktur memerlukan penanganan secara konserpatif dan maupun operatif (Smeltzer & Bare, 2014). Penanganan konservatif meliputi pemberian antibiotik, analgetik serta resustansi cairan dan elektrolit. Sedangkan penanganan operatif pada fraktur menurut Smeltzer & Bare (2014) meliputi: (1) Reduksi fraktur yaitu penyambungan kembali tulang yang dilakukan agar posisi dan rentang gerak normal pulih. Reduksi dapat

dilakukan tanpa intervensi bedah atau reduksi tertutup. Pada reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang keposisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Dan apabila diperlukan tindakan bedah (reduksi terbuka) dengan pembedahan fragmen tulang di reduksi. (2) Imobilisasi fraktur merupakan tindakan yang dilakukan setelah fraktur di reduksi, fraktur tulang harus di imobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin, atau fiksator eksterna. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi interna yang berperan sebagai bidai interna untuk mengimobilisasi fraktur. (3) Fisioterapi dan mobilisasi dilakukan untuk mempertahankan supaya otot tidak mengecil dan setelah fraktur mulai sembuh mobilisasi sendi dapat dimulai sampai ekstremitas betul betul telah kembali normal. (4) Analgetik diberikan untuk mengurangi rasa sakit yang timbul akibat trauma. Nyeri yang timbul dapat menyebabkan pasien gelisah sampai dengan shock yang biasanya di kenal dengan shock analgetik.

Pasien-pasien dengan kasus fraktur terbuka di Rumah Sakit Hasannuddin Damrah dilakukan tindakan debridement atau pembersihan luka, hecting luka dan pemasangan fiksasi eksterna dengan menggunakan gips di kamar operasi dan dilakukan anastesi lokal maupun umum, sedangkan untuk pemasangan fiksasi interna menggunakan pen belum dapat dilakukan karena keterbatasan tenaga ahli.

Pada pasien fraktur yang sudah dilakukan tindakan di kamar operasi penanganan perawatan yang dapat dilakukan diantaranya perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital pada hari pertama dan bila pasien telah sadar dapat diberi minum, pada hari kedua dapat dilakukan latihan untuk mengurangi nyeri misalnya melakukan latihan tehnik relaksasi napas dalam dan tehnik distraksi untuk mengurangi nyeri serta melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik, pada hari kedua juga sudah diberikan minum yang adekuat dan makan diet TKTP untuk

mempercepat proses penyembuhan, pada hari ketiga dapat dilakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik untuk mencegah terjadinya resiko infeksi dan kerusakan integritas jaringan kulit serta tindakan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik, pada hari keempat dapat dilakukan latihan mobilisasi ringan. Pada hari ketujuh dapat dilakukan pengangkatan jahitan, kemungkinan pasien bisa dipulangkan jika keadaan umum pasien sudah cukup baik.

Pasien fraktur yang tidak mendapatkan perawatan yang baik dapat menimbulkan berbagai gangguan kesehatan lainnya, seperti nyeri yang terus menerus, kemampuan mobilisasi dan aktivitas yang terbatas, kekuatan otot yang menurun, resiko terjadinya infeksi, gangguan tidur dan masalah kesehatan lain.

Pasien fraktur sangat perlu mendapatkan tindakan keperawatan yang optimal agar tidak menimbulkan masalah kesehatan yang lainnya. Oleh karena itulah peran perawat sangat penting karena perawat lebih banyak mendampingi pasien selama dirumah sakit. Peran perawat yang optimal dalam penanganan pasien fraktur yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung kepada klien yang mengalami fraktur. Dalam memberikan asuhan keperawatan ini perawat dapat berperan sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk mencegah komplikasi akibat fraktur, perawat juga berperan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung misalnya dalam perawatan luka, sedangkan sebagai peneliti perawat berupaya meneliti asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan fraktur melalui metode asuhan keperawatan yang komprehensif.

Berdasarkan pengamatan yang penulis lakukan diruang bedah RSUD Hasanuddin Damrah Manna. Perawatan pada pasien fraktur masih lebih banyak terfokus pada tindakan kolaborasi dengan dokter seperti penatalaksanaan cairan dan tindakan injeksi obat-obatan. Tindakan mandiri perawat seperti mengurangi rasa nyeri dan mobilisasi dini telah dilakukan perawat namun belum optimal, sedangkan untuk tindakan mandiri perawatan luka sudah cukup optimal.

Dari 62 orang kasus fraktur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna pada tahun 2018, 41 orang diantaranya mengalami fraktur terbuka dan 21 orang lainnya mengalami fraktur tertutup.

Oleh karena itu berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Terbuka Di Ruang Bedah RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019”.

## **B. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Penulis dapat memberikan gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien fraktur Di Ruang Bedah RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019.

### 2. Tujuan Khusus

Melalui Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan penulis mampu :

- a. Memberikan gambaran pengkajian keperawatan pada pasien fraktur secara menyeluruh.
- b. Memberikan gambaran diagnosa keperawatan pada pasien fraktur berdasarkan prioritas masalah.
- c. Memberikan gambaran rencana keperawatan pada pasien fraktur secara komprehensif.
- d. Memberikan gambaran implementasi keperawatan pada pasien fraktur.
- e. Memberikan gambaran evaluasi keperawatan pada pasien fraktur.

## **C. Batasan Masalah**

Penulis membatasi studi kasus ini agar lebih terarah, terfokus dan tidak meluas pada penerapan asuhan keperawatan pada pasien fraktur terbuka yang dirawat di Ruang Bedah RSUD Hasanuddin Damrah Manna setelah dilakukan tindakan di kamar operasi atau post operasi.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang fraktur beserta perawatan yang benar bagi pasien agar pasien mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian prioritas masalah, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang tepat pada pasien dengan fraktur.

3. Bagi Institusi Akademik

Manfaat bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur.

4. Bagi Rumah Sakit

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien dengan fraktur.



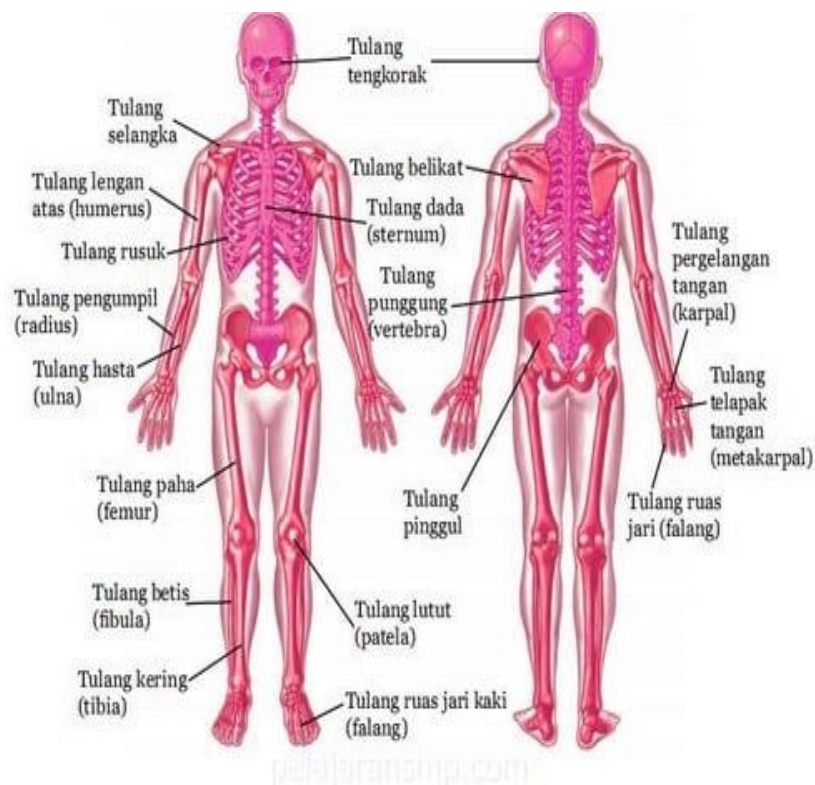
## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### A. Konsep Anatomi dan Fisiologi Tulang

##### 1. Anatomi Tulang

Tulang adalah jaringan yang kuat dan tangguh yang memberi bentuk pada tubuh. Skelet atau kerangka adalah rangkaian tulang yang mendukung dan melindungi organ lunak, terutama dalam tengkorak dan panggul. Tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagi tubuh dan tempat untuk melekatnya otot-otot yang menggerakkan kerangka tubuh (Price dan Wilson, 2010).



Gambar 1: Anatomi Tulang (Price & Wilson 2010)

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 disuplai syaraf 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,2010). Tulang tersusun dari 3 jenis sel yaitu :

a. Osteoblas

Osteoblas berfungsi dalam pembentukan tulang dengan mensekresikan matrik tulang. Matrik tulang tersusun atas 98% kolagen dan 2% substansi dasar (glukosaminoglikan/ asam polisakarida dan proteoglikan). Matrik tulang merupakan kerangka dimana garam-garam mineral ditimbun terutama kalsium, fluor, magnesium dan phosphor.

b. Osteosit

Osteosit adalah sel-sel tulang dewasa yang bertindak sebagai pemeliharaan fungsi tulang dan terletak pada osteon (unit matrik tulang). Osteon yaitu unit fungsional mikroskopik tulang dewasa yang di tengahnya terdapat kapiler dan disekeliling kapiler terdapat matrik tulang yang disebut lamella. Di dalam lamella terdapat osteosit, yang memperoleh nutrisi lewat prosesus yang berlanjut kedalam kanalikuli yang halus (kanal yang menghubungkan dengan pembuluh darah yang terletak kurang lebih 0,1 mm).

c. Osteoklas

Osteoklas adalah sel-sel besar berinti banyak memungkinkan mineral dan matriks tulang dapat diabsorpsi, penghancuran dan remodeling tulang. Tidak seperti osteoblas dan osteosit, osteoklas mengikis tulang. Tulang merupakan jaringan yang dinamis dalam keadaan peralihan tulang (resorpsi dan pembentukan tulang). Kalium dalam

tubuh orang dewasa diganti 18% pertahun.

Berdasarkan bentuknya tulang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Tulang Panjang / Tulang Pipa

Tulang ini sering terdapat dalam anggota gerak. Fungsinya sebagai alat ungkit dari tubuh dan memungkinkan untuk bergerak. Batang atau diafisis tersusun atas tulang kortikal dan ujung tulang panjang yang dinamakan epifis tersusun terutama oleh tulang kanselus. Plat epifis memisahkan epifisis dan diafisis dan merupakan pusat pertumbuhan longitudinal pada anak-anak. Yang pada orang dewasa akan mengalami kalsifikasi. Misalnya pada tulang humerus dan femur.

b. Tulang Pendek

Tulang ini sering didapat pada tulang-tulang karpalia di tangan dan tarsalia di kaki. Fungsinya pendukung seperti tampak pada pergelangan tangan. Bentuknya tidak teratur dan inti dari kanselus (spongi) dengan suatu lapisan luar dari tulang yang padat.

c. Tulang Pipih

Tulang ini sering terdapat di tengkorak, panggul / koxa, sternum, dan iga-iga, serta scapula (tulang belikat). Fungsinya sebagai pelindung organ vital dan menyediakan permukaan luas untuk kaitan otot-otot, merupakan tempat penting untuk hematopoesis. Tulang pipih tersusun dari tulang kanselus diantara 2 tulang kortikal.

d. Tulang Tak Beraturan

Berbentuk unik sesuai dengan fungsinya. Struktur tulang tidak teratur, terdiri dari tulang kanselus di antara tulang kortikal. Contoh : tulang vertebra, dan tulang wajah.

e. Tulang Sesamoid

Merupakan tulang kecil disekitar tulang yang berdekatan dengan persendian dan didukung oleh tendon dan jaringan fasial. Contoh : tulang patella (Kap lutut). Bentuk dan kontruksi tulang ditentukan fungsi dan gaya yang bekerja padanya.

## 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, 2010). Tulang adalah suatu jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel antara lain : osteoblast, osteosit dan osteoklas.

Osteoblas membangun tulang dengan membentuk kolagen tipe 1 dan proteoglikan sebagai matriks tulang dan jaringan osteoid melalui suatu proses yang di sebut osifikasi. Ketika sedang aktif menghasilkan jaringan osteoid, osteoblas mengsekresikan sejumlah besar fosfatase alkali, yang memegang peran penting dalam mengendapkan kalsium dan fosfat kedalam 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.

Secara umum fungsi tulang menurut Price dan Wilson (2010) antara lain:

### a. Sebagai kerangka tubuh.

Tulang sebagai kerangka yang menyokong dan memberi bentuk tubuh.

### b. 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 di bentuk oleh tulang-tulang kostae (iga).

### c. Ambulasi dan Mobilisasi.

Adanya tulang dan otot memungkinkan terjadinya pergerakan tubuh dan perpindahan tempat, tulang memberikan suatu system pengungkit yang di gerakan oleh otot- otot yang melekat pada tulang tersebut ;

sebagai suatu system pengungkit yang digerakan oleh kerja otot- otot yang melekat padanya.

d. Deposit Mineral

Sebagai reservoir kalsium, fosfor, natrium, dan elemen- elemen lain. Tulang mengandung 99% kalsium dan 90% fosfor tubuh

e. Hemopoiesis

Berperan dalam bentuk sel darah pada red marrow. Untuk menghasilkan sel- sel darah merah dan putih dan trombosit dalam sumsum merah tulang tertentu.

3. Proses Penyembuhan Tulang

Proses penyembuhan fraktur pada tulang terdiri atas 5 fase, yaitu:

a. Fase Hematoma

Apabila terjadi fraktur pada tulang panjang, maka pembuluh darah kecil yang melewati kanalikuli dalam system haversian mengalami robekan pada daerah fraktur dan akan membentuk hematoma di kedua sisi fraktur. Hematoma yang besar diliputi oleh friosteium. Friosteium akan terdorong dan dapat mengalami robekan akibat tekan hematoma yang terjadi sehingga dapat terjadi ekstra vasasi daerah ke dalam jaringan lunak.

Osteosit dengan dilakukannya yang terletak beberapa millimeter pada fraktur akan kehilangan dan akan mati yang akan menimbulkan cicin avaskuler tulang yang mati pada sisi-sisi fraktur segera setelah trauma.

b. Fase Poliferasi seluler subsperostial dan endostial

Pada fase ini terjadi reaksi jaringan lunak sekitar fraktur sebagai suatu penyembuhan. Penyembuhan fraktur terjadi karena sel-sel ostiogenik yang berpoliferasi dari priosteium untuk membentuk kalus eksterma serta daerah endostium membentuk kalus interna sebagai aktivitas seluler dalam kanalis medularis. Apabila terjadi robekan yang hebat pada periosteum, maka penyembuhan sel berasal dari diferensiasi sel-sel mesen kimal yang tidak berdeferensiasi ke dalam jaringan lunak.

Pada tahap awal dari penyembuhan fraktur ini terjadi penambahan jumlah dari sel-sel osteogenik yang member pertumbuhan yang cepat pada jaringan osteogenik yang sifatnya lebih cepat dari tumor panas. Pembentukan jaringan seluler tidak terbentuk dari organisasi pembekuan hematoma suatu daerah fraktur. Setelah beberapa minggu, kalus dari fraktur akan membentuk suatu masa yang meliputi jaringan osteogenik. Pada pemeriksaan radiologi kalus belum mengandung tulang sehingga merupakan suatu daerah radiolusen.

c. Fase pembentukan kalus (fase union secara klinis)

Setelah pembentukan jaringan seluler yang bertumbuh dari setiap fragmen selm dasar yang berasal dari osteoblas dan kemudian pada kondroblas membentuk tulang rawan. Tempat osteoblas diduduki oleh matriks interseuler kolagen dan perlengkapan polisakarida pleh garam-garam kalsium membentuk suatu tulang yang imatur, bentuk tulang ini disebut *woven bone*. Pada pemeriksaan radiologi kalus atau woven bone sudah terlihat dan merupakan indikasi radiologi pertama terjadinya penyembuhan fraktur.

d. Fase konsolidasi (fase union secara radiologi)

Woven bone akan membentuk kalus primer dan secara perlahan-lahan diubah menjadi tulang yang lebih matang oleh aktivitas osteoblas yang menjadi struktus lamella dan kelebihan kalus akan diresorpsi secara bertahap.

e. Fase remodeling

Bila mana union telah lengkap, maka tulang yang baru akan menyerupai bulbus yang meliputi tulang tetapi tanpa kanalis medularis pada fase remodeling ini, perlahan-lahan akan terjadi resorpsi secara osteoklatik dan tetap terjadi proses osteoblastik pada tulang dan kalus eksterna secara perlahan-lahan menghilang. Kalus intermediate berbubuh menjadi tulang yang kompak dan berisi system eversian dan kalus bagian dalam akan mengalami peronggaan untuk membentuk ruang sumsum.

## **B. Konsep Fraktur**

### 1. Definisi Fraktur

Fraktur adalah hilangnya kontinuitas tulang atau tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Zairin Noor helmi,2012). Fraktur tulang terjadi saat tulang dihantam atau terbentur oleh sesuatu yang kekuatannya melebihi kekuatan tulangnya sendiri, dapat terjadi ketika terjatuh dari tempat tinggi, mengalami kecelakaan saat berkendara, cedera saat olahraga atau terhantam benda-benda keras, selain itu kondisi fraktur tulang juga dapat terjadi akibat osteoporosis (Oktavia 2010).

### 2. Klasifikasi Fraktur

Fraktur dapat dibedakan jenisnya berdasarkan hubungan tulang dengan jaringan disekitar, bentuk patahan tulang, dan lokasi pada tulang fisis.

- a. Berdasarkan hubungan tulang dengan jaringan disekitar fraktur dapat dibagi menjadi :
  - 1) Fraktur tertutup (closed) : dikatakan tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut dengan fraktur bersih (karena kulit masih utuh) tanpa komplikasi. Pada fraktur tertutup ada klasifikasi tersendiri yang berdasarkan keadaan jaringan lunak sekitar trauma, yaitu:
    - a) Tingkat 0 : fraktur biasa dengan sedikit atau tanpa cedera jaringan lunak sekitarnya.
    - b) Tingkat 1 : fraktur dengan abrasi dangkal atau memar kulit dan jaringan subkutan.
    - c) Tingkat 2 : fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak bagian dalam dan pembengkakan.
    - d) Tingkat 3 : Cedera berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

- e) Fraktur terbuka (open/compound), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan di kulit.
- 2) Fraktur terbuka terbagi atas tiga derajat (menurut R. Gustillo), yaitu:
- a) Derajat I :
- Luka <1 cm  
Kerusakan jaringan lunak sedikit, tak ada tanda luka remuk.  
Fraktur sederhana, transversal, oblik, atau kominutif ringan  
Kontaminasi minimal
- b) Derajat II :
- Laserasi >1 cm  
Kerusakan jaringan lunak, tidak luas, flap/ avulsi.  
Fraktur kominutif sedang  
Kontaminasi sedang
- c) Derajat III :
- Terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas, meliputi struktur kulit, otot, dan neurovaskular serta kontaminasi derajat tinggi.
- b. Berdasarkan bentuk patahan tulang
- Menurut Mansjoer (2002) bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme , yaitu:
- 1) Transversal
- Adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang atau bentuknya melintang dari tulang. Fraktur semacam ini biasanya mudah dikontrol dengan pembidaian gips.
- 2) Spiral
- Adalah fraktur meluas yang mengelilingi tulang yang timbul akibat torsi ekstremitas atau pada alat gerak. Fraktur jenis ini hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak.



## 3) Oblik

Adalah fraktur yang memiliki patahan arahnya miring dimana garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang.

## 4) Segmental

Adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang, ada segmen tulang yang retak dan ada yang terlepas menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darah.

## 5) Kominuta

Adalah fraktur yang mencakup beberapa fragmen, atau terputusnya keutuhan jaringan dengan lebih dari dua fragmen tulang.

## 6) Greenstick

Adalah fraktur tidak sempurna atau garis patahnya tidak lengkap dimana korteks tulang sebagian masih utuh demikian juga periosteum. Fraktur jenis ini sering terjadi pada anak – anak.

## 7) Fraktur Impaksi

Adalah fraktur yang terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada diantaranya, seperti pada satu vertebra dengan dua vertebra lainnya.

## 8) Fraktur Fissura

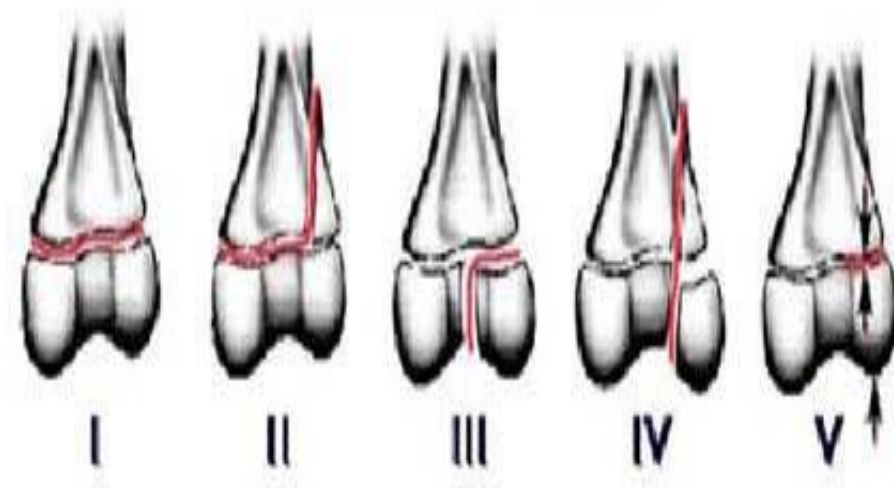
Adalah fraktur yang tidak disertai perubahan letak tulang yang berarti, fragmen biasanya tetap di tempatnya setelah tindakan reduksi.

## c. Berdasarkan lokasi pada tulang fisis

Tulang fisis adalah bagian tulang yang merupakan lempeng pertumbuhan, bagian ini relatif lemah sehingga strain pada sendi dapat berakibat pemisahan fisis pada anak – anak. Fraktur fisis dapat terjadi akibat jatuh atau cedera traksi. Fraktur fisis juga kebanyakan terjadi karena kecelakaan lalu lintas atau pada saat aktivitas olahraga. Klasifikasi yang paling banyak digunakan untuk cedera atau fraktur fisis adalah klasifikasi fraktur menurut Salter – Harris :

- 1) Tipe I : fraktur transversal melalui sisi metafisis dari lempeng pertumbuhan, prognosis sangat baik setelah dilakukan reduksi tertutup.
- 2) Tipe II : fraktur melalui sebagian lempeng pertumbuhan, timbul melalui tulang metafisis , prognosis juga sangat baik dengan reduksi tertutup.
- 3) Tipe III : fraktur longitudinal melalui permukaan artikularis dan epifisis dan kemudian secara transversal melalui sisi metafisis dari lempeng pertumbuhan. Prognosis cukup baik meskipun hanya dengan reduksi anatomi.
- 4) Tipe IV : fraktur longitudinal melalui epifisis, lempeng pertumbuhan dan terjadi melalui tulang metafisis. Reduksi terbuka biasanya penting dan mempunyai resiko gangguan pertumbuhan lanjut yang lebih besar.
- 5) Tipe V : cedera remuk dari lempeng pertumbuhan, insidens dari gangguan pertumbuhan lanjut adalah tinggi.

Gambar 1 : Fraktur Menurut Salter – Harris



Gambar 2 : Fraktur Berdasarkan Hubungan Tulang



Fraktur terbuka

Fraktur terbuka

Gambar 3 : Fraktur Berdasarkan Bentuk Patah Tulang



Transversal



Spiral



Oblik



Segmenta



Kominuta                  Greenstick                  Impaksi                  Fissura

### 3. Etiologi Fraktur

Fraktur disebabkan oleh trauma di mana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang yang biasanya di akibatkan secara langsung dan tidak langsung dan sering berhubungan dengan olahraga, pekerjaan atau luka yang di sebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor. Etiologi fraktur yang dimaksud adalah peristiwa yang dapat menyebabkan terjadinya fraktur diantaranya peristiwa trauma (kekerasan) dan peristiwa patologis. Menurut Carpenito adapun penyebab fraktur antara lain:

#### a. Peristiwa trauma (kekerasan)

##### 1) Kekerasan langsung

Kekerasan langsung dapat menyebabkan tulang patah pada titik terjadinya kekerasan itu, misalnya tulang kaki terbentur bumper mobil, maka tulang akan patah tepat di tempat terjadinya benturan. Patah tulang demikian sering bersifat terbuka, dengan garis patah melintang atau miring.

##### 2) Kekerasan tidak langsung

Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang di tempat yang jauh dari tempat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam hantaran vektor kekerasan. Contoh patah tulang karena kekerasan tidak langsung adalah bila seorang jatuh dari ketinggian dengan tumit kaki terlebih dahulu. Yang patah selain tulang tumit, terjadi pula patah tulang pada tibia dan kemungkinan pula patah tulang paha dan tulang belakang. Demikian pula bila jatuh dengan telapak tangan sebagai penyangga, dapat menyebabkan patah pada pergelangan tangan dan tulang lengan bawah.

3) Kekerasan akibat tarikan otot

Kekerasan tarikan otot dapat menyebabkan dislokasi dan patah tulang. Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan. Contohnya patah tulang akibat tarikan otot adalah patah tulang patella dan olekranom, karena otot triseps dan biceps mendadak berkontraksi.

4) Menurut (Doenges, 2009) adapun penyebab fraktur antaralain:

a) Trauma langsung

Yaitu fraktur terjadi di tempat dimana bagian tersebut mendapat ruda paksa misalnya benturan atau pukulan pada anterbrachi yang mengakibatkan fraktur.

b) Trauma tak langsung

Yaitu suatu trauma yang menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari tempat kejadian kekerasan.

c) Faktor patologik

Kelelahan atau stres fraktur, Fraktur ini terjadi pada orang yang melakukan aktivitas berulang – ulang pada suatu daerah tulang atau menambah tingkat aktivitas yang lebih berat dari biasanya. Tulang akan mengalami perubahan struktural akibat pengulangan tekanan pada tempat yang sama, atau peningkatan beban secara tiba-tiba pada suatu daerah tulang maka akan terjadi retak tulang.

Fraktur dapat terjadi oleh tekanan yang normal karena lemahnya suatu tulang akibat penyakit infeksi, penyakit metabolisme tulang misalnya osteoporosis, dan tumor pada tulang. Sedikit saja tekanan pada daerah tulang yang rapuh maka akan terjadi fraktur.

#### 4. Patofisiologis

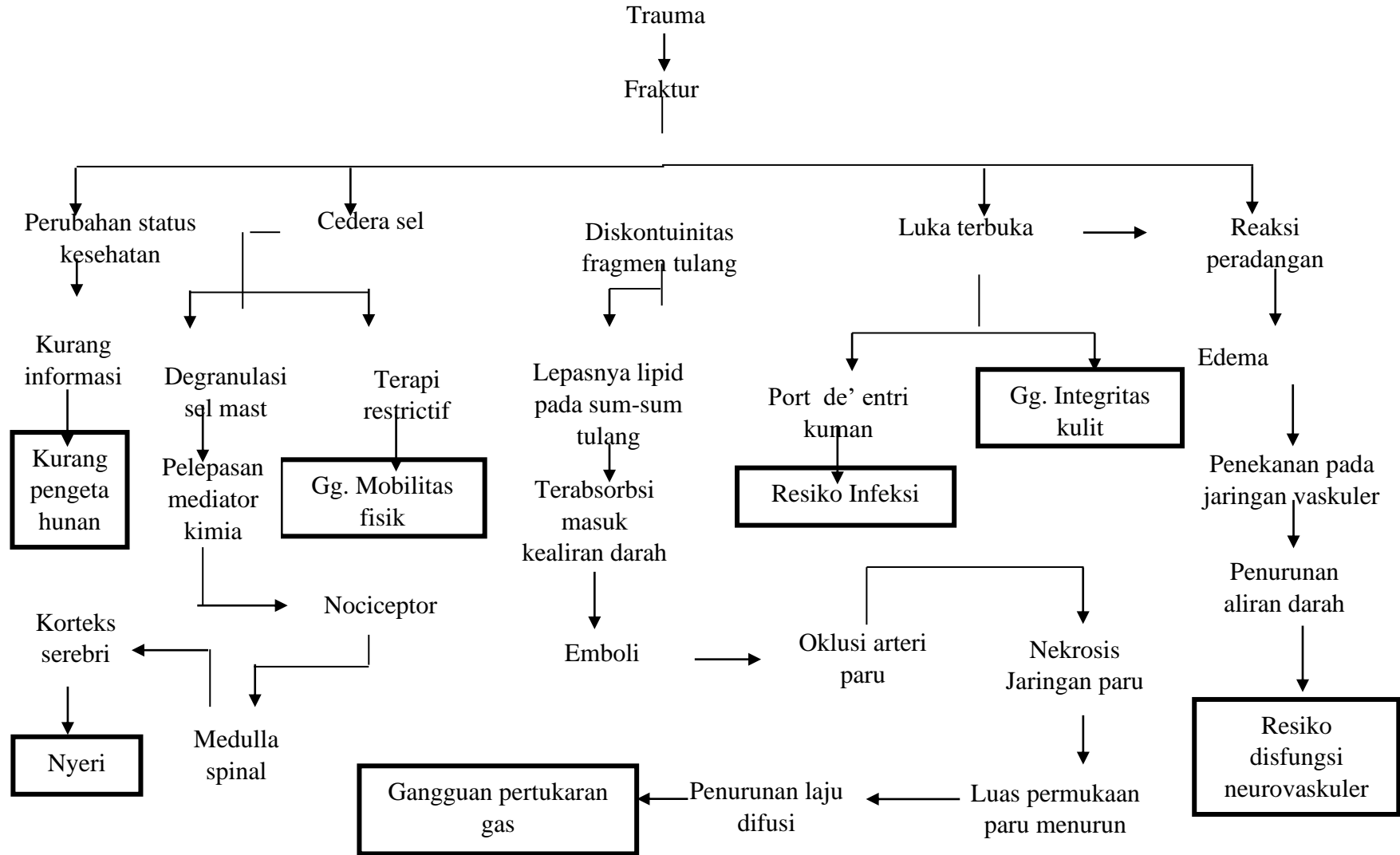
Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Sedangkan fraktur terbuka bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit (Smelter dan Bare, 2011). Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi di sekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut, jaringan lunak juga biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat setelah fraktur.

Sel- sel darah putih dan sel anast berakumulasi menyebabkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru umatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorbsidan sel- sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut syaraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak di tangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan syaraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut syaraf maupun jaringan otot.

Komplikasi ini di namakan sindrom compartment (Brunner dan Suddarth, 2012 ). Trauma pada tulang dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan ketidak seimbangan, fraktur terjadi dapat berupa fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Fraktur tertutup tidak disertai kerusakan jaringan lunak seperti tendon, otot, ligament dan pembuluh darah (Smeltzer dan Bare, 2011). Pasien yang harus imobilisasi setelah patah tulang akan menderita komplikasi antara lain : nyeri, iritasi kulit karena penekanan, hilangnya kekuatan otot. Kurang perawatan diri dapat terjadi bila sebagian tubuh di imobilisasi (Carpenito, 2009).

Reduksi terbuka dan fiksasi interna (ORIF) fragmen- fragmen tulang di pertahankan dengan pen, sekrup, plat, paku. Namun pembedahan meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi. Pembedahan itu sendiri merupakan trauma pada jaringan lunak dan struktur yang seluruhnya tidak mengalami cedera mungkin akan terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi terpotong atau mengalami kerusakan selama tindakan operasi (Price dan Wilson, 2010).

5. WOC





## 6. Manifestasi Klinis

Menurut Smeltzer & Bare (2012), manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna yang dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa). Pergeseran fragmen pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkannya dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritasnya tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pemendekan tulang

Terjadi pada fraktur panjang karena kontraksi otot yang melekat di atas dan dibawah tempat fraktur. *Leg length discrepancy* (LLD) atau perbedaan panjang tungkai bawah adalah masalah ortopedi yang biasanya muncul di masa kecil, di mana dua kaki seseorang memiliki panjang yang tidak sama. Penyebab dari masalah *Leg length discrepancy* (LLD), yaitu osteomielitis, tumor, fraktur, hemihipertrofi, di mana satu atau lebih malformasi vaskular atau tumor (seperti hemangioma) yang menyebabkan aliran darah di satu sisi melebihi yang lain. Pengukuran *Leg length discrepancy* (LLD) terbagi menjadi, yaitu *true leg length discrepancy* dan *apparent leg length discrepancy*. *True leg length discrepancy* adalah cara mengukur perbedaan panjang tungkai bawah dengan mengukur dari spina iliaka anterior superior ke maleolus medial dan *apparent leg length discrepancy* adalah cara mengukur perbedaan panjang tungkai bawah

dengan mengukur dari xiphisternum atau umbilikus ke maleolus medial.

- d. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya. Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.
  - e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasa terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari setelah cedera. Tidak semua tanda dan gejala tersebut terdapat pada setiap fraktur. Kebanyakan justru tidak ada pada fraktur linear atau fisur atau fraktur impaksi (permukaan patahansaling terdesak satu sama lain).
7. Komplikasi Fraktur

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien yang mengalami fraktur femur (Muttaqin, 2010), antara lain:

- a. Fraktur leher femur
 

Komplikasi yang bersifat umum adalah trombosis vena, emboli paru, pneumonias, dan dekubitus. Nekrosis avaskular terjadi pada 30% klien fraktur femur yang disertai pergeseran dan 10% fraktur tanpa pergeseran. Apabila lokasi fraktur lebih ke proksimal, kemungkinan terjadi nekrosis avaskular lebih besar.
- b. Fraktur diafisis femur
- c. Komplikasi dini yang biasanya terjadi pada fraktur diafisis femur adalah sebagai berikut:
  - 1) Syok terjadi perdarahan sebanyak 1-2 liter walapun fraktur bersifat tertutup.
  - 2) Emboli lemak sering didapatkan pada penderita muda dengan fraktur femur.
  - 3) Trauma pembuluh darah besar. Ujung fragmen tulang menembus jaringan lunak dan merusak arteri femoralis sehingga menyebabkan kontusi dan oklusi atau terpotong sama sekali.

- 4) Trauma saraf pada pembuluh darah akibat tusukan fragmen dapat disertai kerusakan saraf yang bervariasi dari neuropraksia sampai ke aksonotemesis. Trauma saraf dapat terjadi pada nervus iskiadikus atau pada cabangnya, yaitu nervus tibialis dan nervus peroneus komunis.
- 5) Trombo emboli. Klien yang mengalami tirah baring lama, misalnya distraksi di tempat tidur dapat mengalami komplikasi tromboemboli.
- 6) Infeksi terjadi pada fraktur terbuka akibat luka yang terkontaminasi. Infeksi dapat pula terjadi setelah dilakukan operasi.

Komplikasi lanjut pada fraktur diafisis femur yang sering terjadi pada klien dengan fraktur diafisis femur adalah sebagai berikut:

- 1) Delayed Union, yaitu fraktur femur pada orang dewasa mengalami union dalam empat bulan.
  - 2) Non union apabila permukaan fraktur menjadi bulat dan sklerotik.
  - 3) Mal union apabila terjadi pergeseran kembali kedua ujung fragmen. Mal union juga menyebabkan pemendekan tungkai sehingga diperlukan koreksi berupa osteotomi.
  - 4) Kaku sendi lutut. Setelah fraktur femur biasanya terjadi kesulitan pergerakan pada sendi lutut. Hal ini dapat dihindari apabila fisioterapi yang intensif dan sistematis dilakukan lebih awal.
  - 5) Refraktur terjadi pada mobilisasi dilakukan sebelum union yang solid
8. Pemeriksaan penunjang
- a. Pemeriksaan Radiologi
    - 1) Pemeriksaan rontgen : menentukan lokasi, luasnya fraktur, trauma, dan jenis fraktur.
    - 2) Scan tulang, tomogram, CT Scan/MRI : memperlihatkan tingkat keparahan fraktur juga dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3) Arteriogram : dilakukan bila dicurigai adanya kerusakan vaskuler

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap : Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel trauma) peningkatan jumlah SDP adalah proses stres normal setelah trauma, lekosit turun/meningkat, Eritrosit dan Albumin turun, Hb, Laju Endap Darah (LED) meningkat bila kerusakan jaringan lunak sangat luas.
- 2) Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klien ginjal.
- 3) Profil koagulasi : perubahan Hb dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi multipel atau cedera hati (Lukman & Ningsih, 2009).

9. Penatalaksanaan Medis

a. Pada Fraktur Terbuka

Merupakan kasus emergensi karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6 - 8 jam (golden period). Sebelum kuman terlalu jauh meresap dilakukan :

- 1) Pembersihan luka
- 2) Exisi
- 3) Hecting situasi
- 4) Antibiotik

b. Seluruh fraktur

- 1) Rekognisis/pengenalan

Riwayat kejadian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

- 2) Reduksi/manipulasi/reposisi

Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimun. Dapat juga diartikan Reduksi fraktur (*setting* tulang) adalah mengembalikan fragmen

tulang pada kesejajarannya dan rotasfanatomis (brunner, 2001).

Reduksi tertutup, traksi, atau reduksi terbuka dapat dilakukan untuk mereduksi fraktur. Metode tertentu yang dipilih bergantung sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap, sama. Biasanya dokter melakukan reduksi fraktur sesegera mungkin untuk mencegah jaringan lunak kehilangan elastisitasnya akibat infiltrasi karena edema dan perdarahan. Pada kebanyakan kasus, reduksi fraktur menjadi semakin sulit bila cedera sudah mulai mengalami penyembuhan.

Sebelum reduksi dan imobilisasi fraktur, pasien harus dipersiapkan untuk menjalani prosedur; harus diperoleh izin untuk melakukan prosedur, dan analgetika diberikan sesuai ketentuan. Mungkin perlu dilakukan anastesia. Ekstremitas yang akan dimanipulasi harus ditangani dengan lembut untuk mencegah kerusakan lebih lanjut.

*Reduksi tertutup.* Pada kebanyakan kasus, reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang keposisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Ekstremitas dipertahankan dalam posisi yang diinginkan, sementara gips, biadi dan alat lain dipasang oleh dokter. Alat immobilisasi akan menjaga reduksi dan menstabilkan ekstremitas untuk penyembuhan tulang. Sinar-x harus dilakukan untuk mengetahui apakah fragmen tulang telah dalam kesejajaran yang benar.

*Traksi.* Traksi dapat digunakan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi. Sinar-x digunakan untuk memantau reduksi fraktur dan aproksimasi fragmen tulang. Ketika tulang sembuh, akan terlihat pembentukan kalus pada sinar-x. Ketika kalus telah kuat dapat dipasang gips atau bidai untuk melanjutkan imobilisasi.

*Reduksi Terbuka.* Pada fraktur reduksi terbuka. Dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat paku, atau batangan logam digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Alat ini dapat diletakkan di sisi tulang atau langsung ke rongga sumsum tulang, alat tersebut menjaga aproksimasi dan fiksasi yang kuat bagi fragmen tulang.

### 3) Retensi/Immobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimun.

*Imobilisasi fraktur.* Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi, atau dipertahankan dalam posisi kesejajaran yang benar sampai terjadi 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 interna untuk mengimobilisasi fraktur.

### 4) Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan tindakan yang lebih banyak dilakukan oleh perawat, tindakan ini dilakukan untuk menghindari terjadinya atropi dan kontraktur, berbagai upaya dapat dilakukan untuk penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler misalnya pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan dipantau, dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler. Kegelisahan, ansietas dan ketidaknyamanan dikontrol dengan berbagai pendekatan misalnya. Meyakinkan pasien tentang perubahan posisi, strategi atau tekhnik meredakan nyeri, termasuk pemberian

analgetik. Latihan mobilisasi dan pergerakan otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah. Partisipasi pasien dalam aktivitas hidup sehari-hari diusahakan untuk memperbaiki kemandirian fungsi dan harga-diri. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan terapeutika. Biasanya, fiksasi interna memungkinkan mobilisasi lebih awal. Ahli bedah yang memperkirakan stabilitas fiksasi fraktur, menentukan luasnya gerakan dan stres pada ekstremitas yang diperbolehkan, dan menentukan tingkat aktivitas dan beban berat badan.

### **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

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

#### **1. Pengkajian**

Data yang diperoleh haruslah mampu menggambarkan status kesehatan pasien ataupun masalah utama yang dialami oleh pasien. Dalam melakukan pengkajian, diperlukan teknik khusus dari seorang perawat, terutama dalam menggali data, yaitu dengan menggunakan komunikasi yang efektif dan teknik terapeutik. (Tarwoto & Wartolah, 2011). Tahap pengkajian ini terbagi atas:

##### **a. Pengumpulan Data**

###### **1) Identitas Klien**

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

###### **2) 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:

- (1) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasinyeri.
  - (2) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, ataumenusuk.
  - (3) Region : radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakitterjadi.
  - (4) 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.
  - (5) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.
- 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untukmenentukan 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.

4) 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 sanagat beresiko terjadinya osteomyelitis akut



maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

#### 5) 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 genetic.

#### 6) 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.

### 2. Pemeriksaan Fisik

Dibagi menjadi dua, yaitu pemeriksaan umum (status generalisata) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

#### a. Keadaan Umum

Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda - tanda, seperti:

- 1) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, kompos mentis tergantung pada keadaan pasien.
- 2) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus fraktur biasanya akut.
- 3) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

#### b. Secara sistemik dari kepala sampai kelamin

##### 1) Sistem Integumen

Terdapat erytema, suhu sekitar daerah trauma meningkat,

bengkak, oedema, nyeri tekan.

2) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu, normo cephalik, simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

3) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada.

4) Muka

Wajah terlihat menahan sakit, lain-lain tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tak ada lesi, simetris, tak oedema.

5) Mata

Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan)

6) Telinga

Tes bisik atau weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan.

7) Hidung

Tidak ada deformitas, tak ada pernafasan cuping hidung.

8) Mulut dan Faring

Tak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

9) Thoraks

Tak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

10) Paru

Pernafasan meningkat, reguler atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru, pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama, perkusi suara ketok sonor, tak ada redup atau suara tambahan lain, auskultasi Suara nafas normal, tak ada wheezing, atau suara tambahan lainnya seperti stridor dan ronchi.

## 11) Jantung

Tidak tampak iktus jantung, nadi meningkat, iktus tidak teraba, suara S1 dan S2 tunggal, tak ada mur-mur.

## 12) Abdomen

Bentuk datar, simetris, tidak ada hernia, turgor baik, tidak ada defans muskuler, hepar tidak teraba, suara thympani, ada pantulan gelombang cairan, peristaltik usus normal □ 20 kali/menit.

## 13) Inguinal-Genetalia-Anus

Tak ada hernia, tak ada pembesaran lymphe, tak ada kesulitan BAB.

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik ( misalnya fraktur, tindakan operasi)

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Data Mayor: Data subjektifnya berupa mengeluh nyeri sedangkan data objektifnya berupa tampak menringis, bersikap protektif atau posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Data Minor: Data subjektifnya tidak tersedia sedangkan data objektifnya berupa tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ( Kerusakan Integritas Kulit)

Definisi: keadaan yang beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

- c. Gangguan Integritas Kulit/jaringan berhubungan dengan imobilisasi

Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan

(membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament)

Data Mayor: Data subjektifnya tidak tersedia sedangkan data objektifnya berupa kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Data Minor : Data Subjektifnya tidak tersedia sedangkan data objektifnya nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma.

## 4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana tindakan keperawatan		Rasional
		Tujuan/kriteria hasil (NOC)	Intervensi keperawatan (NIC)	
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan prosedur operasi</p> <p><b>Data Mayor</b></p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengeluh Nyeri</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tampak Meringgis</li> <li><input type="checkbox"/> Bersikap Protektif (mis.waspada, posisi menghindari Nyeri)</li> <li><input type="checkbox"/> Gelisah</li> <li><input type="checkbox"/> Frekuensi Nadi meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> Sulit Tidur</li> </ul> <p><b>Data Minor</b></p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tidak tersedia</li> </ul>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan pasien mampu menunjukkan :</p> <p><b>NOC : Tingkat Nyeri</b></p> <p>Dipertahankan pada 4</p> <p>Ditingkatkan pada 5</p> <p>Dengan kriteria hasil 1/2/3/4/5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Cukup Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Ringan</li> <li><input type="checkbox"/> 5 Tidak Ada</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengerinyit</li> <li><input type="checkbox"/> Mengeluarkan Keringat</li> <li><input type="checkbox"/> Berkeringat Berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> Ketegangan Otot</li> <li><input type="checkbox"/> Kehilangan Nafsu</li> </ul>	<p><b>NIC: Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri kompherensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus</li> <li>2. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri</li> <li>3. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (misalnya tidur)</li> <li>4. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur</li> <li>5. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan)</li> <li>6. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menjalin kepercayaan antara perawat dengan pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien</li> <li>3. Guna mengetahui kualitas hidup yang dialami pasien terhadap nyeri</li> <li>4. Untuk meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri.</li> <li>5. Untuk mengontrol lingkungan agar pasien tetap nyaman.</li> <li>6. Teknik non farmakologi dapat mengurangi nyeri dan merelaksasikan ketegangan otot yang</li> </ol>

	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> Pola nafas berubah</li> <li><input type="checkbox"/> Nafsu makan berubah</li> <li><input type="checkbox"/> Proses berpikir terganggu</li> <li><input type="checkbox"/> Menarik diri</li> <li><input type="checkbox"/> Berfokus pada diri sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Diaphoresis</li> </ul>	Makan	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat, dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan</li> <li>8. Pastikan pemberian analgesik dan atau strategi nonfarmakologi sebelum dilakukan prosedur yang menimbulkan nyeri</li> <li>9. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</li> <li>10. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau jika keluhan pasien saat ini berubah signifikan dari pengalaman nyeri sebelumnya</li> </ol>	<p>mendukung rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Dapat menghambat rangsangan nyeri pada susunan saraf pusat dan perifer</li> <li>8. Untuk meredakan nyeri dan mengurangi rasa nyeri</li> <li>9. Untuk membantu menurunkan nyeri</li> <li>10. Agar tindakan selanjutnya dapat dilakukan</li> </ol>
2	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan pasien mampu menunjukkan :</p> <p><b>NOC</b> : Risiko Infeksi: Keparahan infeksi</p>	<p><b>NIC:</b> Kontrol Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi</li> <li>2. Isolasi orang yang terkena penyakit menular</li> <li>3. Pertahankan tehnik isolasi yang sesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menjaga peralatan agar tetap steril</li> <li>2. Untuk menjaga agar tidak tertular ke pasien lain</li> <li>3. Untuk menjaga agar infeksi tidak melebar</li> <li>4. Untuk menjaga kondisi dan</li> </ol>

<p><b>Data Mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p><b>Data Minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Perdarahan</p> <p><input type="checkbox"/> Kemerahan</p> <p><input type="checkbox"/> Hematoma</p>	<p>Dipertahankan pada 4</p> <p>Ditingkatkan pada 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Berat</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Cukup berat</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sedang</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ringan</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tidak ada</p> <p>Dengan Kriteria hasil 1/2/3/4/5</p> <p><input type="checkbox"/> Kemerahan</p> <p><input type="checkbox"/> Cairan (luka) yang berbau busuk</p> <p><input type="checkbox"/> Demam</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermia</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakstabilan suhu</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Malaise</p> <p><input type="checkbox"/> Hilang nafsu makan</p> <p><input type="checkbox"/> Kolonisasi kultur darah</p> <p><input type="checkbox"/> Kolonisasi kultur urin</p> <p><input type="checkbox"/> Kolonisasi kultur feses</p> <p><input type="checkbox"/> Peningkatan jumlah sel darah putih</p> <p><input type="checkbox"/> Depresi jumlah sel</p>	<p>4. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5. Anjurkan pasien mengenai tehnik cuci tangan dengan tepat</p> <p>6. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien</p> <p>7. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien</p> <p>8. Pakai sarung tangan steril dengan tepat</p> <p>9. Pakai pakaian ganti atau jubah saat menangani bahan-bahan yang inpeksius</p> <p>10. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat</p>	<p>situasi pasien</p> <p>5. Agar tangan pasien steril dan bebas dari bakteri</p> <p>6. Agar bakteri dari luar tidak pindah ke pasien saat berkontak langsung dengan pasien, dan menghindari bakteri infeksi dari pasien pindah ke pengunjung.</p> <p>7. Agar tangan selalu dalam keadaan bersih dari kuman</p> <p>8. Agar steril dan menghindari kuman dari tangan kita berpindah ke pasien atau menghindari penularan infeksi pasien ke perawat.</p> <p>9. Agar tercegas dari bahan-bahan yang menginfeksi</p> <p>10. Agar tindakan yang dilakukan tepat</p>
---	---	---	---

		darah putih		
3	<p>Gangguan Integritas Kulit/jaringan terkait penurunan mobilitas</p> <p><b>Data Mayor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p><b>Data Minor</b></p> <p>Subjektif :</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif :</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Perdarahan</p> <p><input type="checkbox"/> Kemerahan</p> <p><input type="checkbox"/> Hematoma</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan, diharapkan pasien mampu menunjukkan :</p> <p><b>NOC</b> : Integritas jaringan, kerusakan</p> <p>Dipertahankan pada 4</p> <p>Ditingkatkan pada 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sangat terganggu</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Banyak terganggu</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Cukup terganggu</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Sedikit terganggu</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tidak terganggu</p> <p>Dengan kriteria hasil 1/2/3/4/5</p> <p><input type="checkbox"/> Suhu Kulit</p> <p><input type="checkbox"/> Elastisitas</p> <p><input type="checkbox"/> Hidrasi</p> <p><input type="checkbox"/> Keringat</p> <p><input type="checkbox"/> Perkusi Jaringan</p>	<p><b>NIC</b> : Perawatan Daerah (area) sayatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa daerah luka terhadap kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda <i>dehiscence</i> atau <i>eviserasi</i>.</li> <li>2. Catat karakteristik daerah luka</li> <li>3. Monitor proses penyembuhan di daerah luka</li> <li>4. Bersihkan daerah sekitar luka dengan pembersihan yang tepat</li> <li>5. Monitor daerah luka untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>6. Berikan salep antiseptik</li> <li>7. Gunakan balutan yang sesuai untuk melindungi daerah luka</li> <li>8. Arahkan pasien cara merawat luka</li> <li>9. Arahkan pasien bagaimana meminimalkan tekanan pada daerah luka</li> <li>10. Arahkan pasien dan/atau keluarga cara merawat luka termasuk tanda-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui perkembangan dan kesembuhan pada daerah luka</li> <li>2. Untuk mengetahui perubahan pada drainase</li> <li>3. Agar perubahan pada daerah luka diketahui</li> <li>4. Agar daerah luka terhindar dari infeksi</li> <li>5. Agar tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</li> <li>6. Membantu merawat luka</li> <li>7. Agar luka tidak terjadi infeksi</li> <li>8. Agar luka tidak mengalami infeksi</li> <li>9. Untuk menjaga agar luka tidak mengalami penekanan</li> <li>10. Agar pasien/atau keluarga</li> </ol>



		<input type="checkbox"/> Pertumbuhan rambut pada kulit <input type="checkbox"/> Wajah pucat	tanda dan gejala infeksi	mengetahui cara merawat luka dan tanda serta gejala infeksi
--	--	--	--------------------------	---

#### 5. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. (Tarwoto & Wartonah, 2011). Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien baik secara umum maupun secara khusus pada pasien *post operasi fraktur* pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. *Interdependen* dan *dependen*.

#### 6. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Tehnik Pelaksanaan SOAP :

S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.

O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.

P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

## **BAB III**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2015). Studi kasus ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang akan difokuskan pada pasien post op fraktur.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek pada penelitian studi kasus ini adalah pasien post op fraktur. Adapun kriteria subyek studi kasus ini adalah :

1. Pasien yang telah dilakukan proses operasi fraktur di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
2. Pasien yang bersedia menjadi responden dan mengisi *informed consent*.
3. Pasien yang kooperatif dan dapat berkomunikasi dengan cukup baik kepada peneliti.
4. Pasien yang menjalani perawatan minimal 3 hari.

#### **C. Batasan Istilah**

Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai seseorang yang membutuhkan pelayanan medis dan keperawatan akibat fraktur yang dialami. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu rangkaian pelayanan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan guna meningkatkan derajat kesehatan pasien post operasi fraktur. Post operasi fraktur terbuka dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu kondisi yang dialami pasien fraktur setelah dilakukan tindakan operasi.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di bangsal bedah RSUD Hasanudin Damrah Manna Jalan Raya Padang Panjang Manna, Kec. Kota Manna, Kab. Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu. Studi kasus dilakukan pada 16 Mei 2019 sampai 17 Juni 2019.

#### **E. Prosedur Penelitian**

##### **1. Tahap persiapan**

Penelitian ini diawali dengan penelusuran fenomena dan data awal sebagai dasar latar belakang penelitian. Penulis melakukan Survei pendahuluan pada pasien dengan post op fraktur di bangsal bedah Rumah Sakit Umum Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan, mengetahui jumlah pasien dengan fraktur di bangsal bedah RSUD Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan. Selanjutnya penulis mengajukan fenomena dan alternative judul karya tulis ilmiah ini. Setelah mendapat persetujuan penulis mulai menyusun proposal kti ini. Setelah disetujui, peneliti melakukan seminar proposal.

##### **2. Tahap Pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan penelitian dimulai dengan pengurusan izin. Penulis mengurus surat ijin penelitian dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang diteruskan ke bagian DPMSTP/Kesbanglingmas. Setelah itu, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada direktur RSUD Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan. Setelah mendapatkan ijin dari pihak terkait, peneliti segera melakukan tahap penelitian di RSUD Hasanuddin Damrah Manna. Dilanjutkan peneliti mendatangi pasien dan memperkenalkan diri kepada responden dan meminta pasien untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi pasien.

## **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

### 1. Metode pengumpulan data:

#### a. Wawancara

Wawancara akan dilakukan kepada pasien dan keluarga yang meliputi pengkajian tentang riwayat penyakit: riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit psikologis, riwayat social, riwayat spiritual dan kebiasaan sehari-hari.

#### b. Observasi

Observasi dilakukan terhadap pasien untuk mengetahui keadaan pasien dengan pemeriksaan fisik pasien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

#### c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi ini dilakukan dengan mengumpulkan data-data yang berasal dari dokumen rekam medis pasien. Dokumen tersebut meliputi data hasil laboratorium, riwayat sebelum operasi dan sebagainya.

### 2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format baku pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang ada di DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

## **G. Keabsahan Data**

Data hasil penelitian ini dapat dipercaya karena menggunakan metode bukan hanya wawancara tetapi juga menggunakan metode observasi terhadap pasien dan keluarga. Setelah itu, wawancara juga dilakukan pada keluarga, perawat ruangan, dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Kemudian ditelusuri baru dilakukan dokumentasi. Setelah mendapatkan data dilakukan pengecekan kembali. Kemudian cara untuk menetapkan bahwa proses ini dapat dipertanggungjawabkan dilakukan konsultasi data dengan perawat ruangan dan pembimbing Sehingga dapat dipastikan studi kasus ini adalah hasil murni penelitian yang dihubungkan dengan teori-teori yang sudah dibahas pada bab sebelumnya.

## H. Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban- jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya untuk diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain penelitian . Langkah-langkah pengumpulan data tergantung dari desain dan tehnik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011). Proses pengumpulan data studi kasus ini terdapat tiga tahapan yaitu : Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan aau implementasi dan evaluasi.

### 2. Merekduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

### 3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari pasien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari partisipan.

#### 4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Data Umum**

Tanggal Pengkajian : 17 Juni 2019      Tanggal Masuk      : 16 Mei 2019  
Ruang Kelas      : Bangsal Bedah      Nomor Register      : 13 37 73  
Diagnose Medis      : Post op phalang digiti III

##### 1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan tanggal 17 Mei 2019 jam 09.00 WIB diruang Bedah, di dapat hasil identitas Tn.S, umur 51 tahun, agama islam, suku bangsa Serawai, pendidikan SMP, bahasa yang digunakan bahasa daerah, pekerjaan petani, alamat Jalan A Yani Bengkulu Selatan. Penanggung jawab adalah Tn.J, umur 52 tahun, pendidikan SMP, alamat Jalan A Yani Bengkulu Selatan.

##### 2. Riwayat Kesehatan

###### a. Keluhan utama

Pasien datang dengan jari ke 1, 2 , 3 tangan kiri terkena mesin kayu sejak ± 2 jam sebelum masuk rumah sakit, nyeri (+)

###### b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 17 Mei 2019 dilakukan pengkajian, hasil pengkajian di dapatkan pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri dan pada saat bergerak. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat dengan skala nyeri 7, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri juga terasa saat pasien bergerak.

###### c. Riwayat Masa Lalu

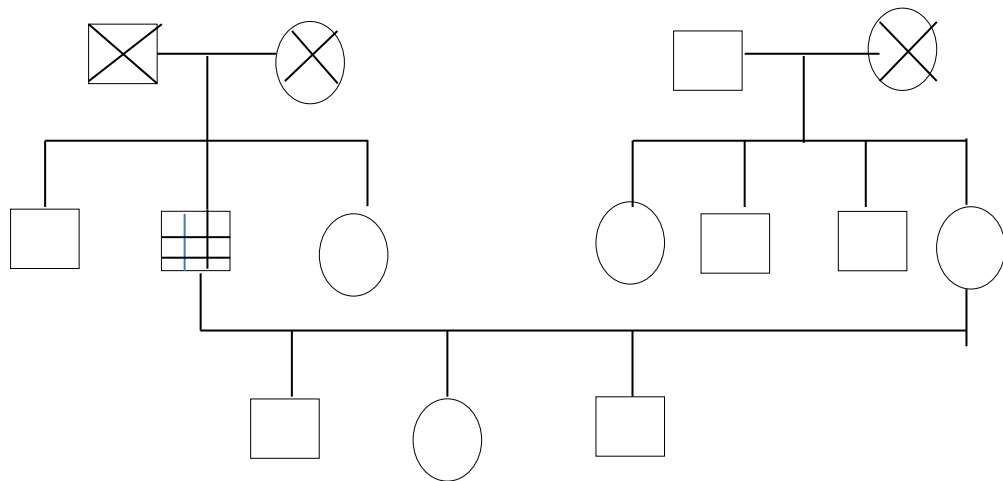
Keluarga mengatakan pasien tidak pernah sakit sebelumnya dan tidak pernah dirawat dirumah sakit.

###### d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan pasien dan keluarga tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti Typhoid, Apendisitis dan tidak ada riwayat pembedahan sebelumnya.



## e. Genogram



## Keterangan :

-  Perempuan
-  Laki-laki
-  Meninggal
-  Pasien

## 3. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan bahwa orang yang paling dekat dengan pasien adalah istri dan anak-anaknya. Komunikasi dalam keluarga baik, pengambilan keputusan dengan cara bermusyawarah dengan seluruh anggota keluarga dan komunikasi dalam masyarakat juga baik, pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan-kegiatan masyarakat seperti gotong royong, pasien mengatakan tidak dapat bekerja seperti biasanya. Keluarga juga mengatakan khawatir terhadap kondisi kesehatan pasien sekarang, namun keluarga akan mengupayakan yang terbaik untuk

kesembuhan pasien. Pasien dan keluarga beragama islam, keluarga mengatakan tidak ada keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan pasien dan ibadah yang biasa dilakukan yaitu sholat dan berpuasa.

#### 4. Pola Kebiasaan

##### a. Nutrisi

Saat dirumah sakit pasien makan 3 kali sehari dengan jenis makanan yang dikonsumsi adalah makanan lunak, porsi makan yang dihabiskan setengah sampai satu porsi yang terdiri dari (nasi, lauk pauk, sayur dan buah), makan dan minum melalui oral dan tidak menggunakan alat bantu NGT, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, serta tidak ada mual dan muntah. Frekuensi minum saat di rumah sakit yaitu sekitar 6 gelas/hari, sedangkan pada saat di rumah atau saat belum sakit frekuensi makan pasien 2-3 kali sehari dengan porsi makan yang dihabiskan 1 porsi yang terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayuran, tidak ada alat bantu yang digunakan pada saat pemenuhan nutrisi dan tidak ada mual maupun muntah di rumah, jenis minuman yang biasa diminum adalah air mineral, jumlah minuman yang diminum adalah 6-8 gelas/hari saat di rumah.

##### b. Eliminasi

Pola eliminasi BAK pasien dirumah sakit 2-3x/hari, warna kuning terang dengan bau khas, tidak ada kesulitan saat berkemih dan tidak menggunakan alat bantu, saat dirumah sakit keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x/hari. Pola eliminasi BAK pasien dirumah biasanya 3-6x/hari, warna urin kuning jernih, sesekali kuning pekat, sedangkan BAB pasien 1x/hari setiap pagi dengan konsistensi padat dan warna kuning kecoklatan.

##### c. Cairan

Di rumah sakit, jenis intake cairan melalui oral meliputi air putih dengan jumlah 6 gelas/hari, masukan melalui parenteral yaitu IVFD RL 20 tts/menit.

##### d. Personal Hygiene

Pola hygiene pasien selama di rumah sakit, mandi dengan menggunakan was lap dilakukan oleh istri pasien, dan menggosok gigi 1-2x/hari. Pola hygiene pasien selama di rumah, biasanya mandi dan menggosok gigi 2x/hari, serta cuci rambut 2x/hari.

e. Istirahat dan Tidur

Saat di rumah sakit pasien jarang sekali tidur siang. Sedangkan lama tidur malam sekitar 3-5 jam dengan keluhan sering terbangun dikarenakan nyeri pada tangan. Selama di rumah pasien tidur siang sekitar 1-2 jam dengan lama tidur malam sekitar 6-7 jam/hari, serta tidak ada keluhan saat tidur di rumah.

f. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien sehari-hari bekerja sebagai petani, sedangkan di rumah sakit pasien beristirahat di tempat tidur pasien mengatakan bosan karena tidak bisa beraktifitas seperti biasanya.

g. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien memiliki kebiasaan merokok sebelum dirawat dirumah sakit, rokok yang dihabiskan setiap harinya mencapai  $\pm \frac{1}{2}$  bungkus. Kebiasaan pasien tersebut tidak dilakukan selama dirawat dirumah sakit.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan Umum

Pada saat dikaji keadaan umum pasien tampak lemah dan tampak meringis jika melakukan pergerakan. Dari hasil pengukuran diperoleh BB 60kg, TB 166cm, TD : 120/70mmHg nadi 69x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit dan suhu 36,2°C.

b. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem pernapasan

Pemeriksaan sistem pernafasan, tidak terdapat sumbatan jalan nafas, pada saat auskultasi suara nafas vasikuler, pasien tidak mengalami batuk, dan tidak terdapat sputum, dengan frekuensi nafas 20x/menit, irama pernafasan teratur.

2) Sistem kardiovaskuler

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler di dapatkan ictus cordis tidak tampak, Tidak adanya tanda tanda syok,wajah tidak terlihat pucat, frekuensi nadi 69x/menit, dan tidak ada penurunan suhu tubuh, suhu tubuh 36,2°C.

3) Sistem gastrointestinal

Pemeriksaan sistem pencernaan didapatkan bentuk abdomen simetris, warna kulit sama dengan warna kulit lainnya. Pada saat dilakukan palpasi pada abdomen tidak ada nyeri tekan disekitar abdomen, pada saat dilakukan auskultasi suara bising usus terdengar  $\pm 7$  kali permenit.

4) Sistem perkemihan

Pemeriksaan system perkemihan didapatkan, pasien tidak memakai alat bantu (kateter). jumlah urine banyak dan warna urine kuning jernih. Pada saat dilakukan palpasi pada kandung kemih tidak megalami distensi.

5) System integumen

Pemeriksaan system integumen di dapatkan warna kulit sawo matang, serta terdapat luka tertutup verban pada jari manis sebelah kiri.

6) Pemeriksaan sistem muskuloskeletal

Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal paseien tampak sedikit terganggu saat bergerak akibat nyeri dibagian tangan. Pasien tampak dibantu keluarga saat beraktivitas seperti ke toilet. Pada pasien juga didapatkan tonus otot meningkat, tidak ada kekakuan otot, dan pasien mengeluh sakit pada area tangan sebelah kiri dan saat bergerak.

## 6. Terapi obat

Nama obat	Dosis	Cara pemberian
IVFD RL	20 tetes/menit	IV
Cefopevazone	2 x 1	IV
ATS	1 x 1	IV
Dexketoprofen	3 x 1	IV
Ranitidin	2 x 1	IV

## ANALISA DATA

<b>NAMA PASIEN : Tn. S</b>	<b>UMUR : 51 Tahun</b>
<b>RUANGAN : Bangsal Bedah</b>	<b>No. REG : 13 37 73</b>

No	Data Senjang	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada tangan kiri dan pada saat bergerak. Nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat dengan skala nyeri 7, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri juga terasa saat pasien bergerak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berkeringat</li> <li>- P : tangan sebelah kiri terutama jari manis</li> <li>- Q : tersayat-sayat</li> <li>- R : tangan sebelah kiri terutama jari manis</li> <li>- S : skala 7</li> <li>- T : terus menerus</li> </ul>	Agen cedera fisik	Nyeri akut
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan melakukan operasi pada tanggal 16 mei 2019</li> <li>- Pasien mengatakan rasa berdenyut pada luka</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi luka kemerahan</li> <li>- Luka tertutup kassa</li> <li>- TD 140/80 mmHg</li> <li>- Nadi 87 x/menit</li> <li>- Nafas 22 x/menit</li> <li>- Suhu 37,8°C</li> </ul>	Prosedur invasif	Resiko tinggi infeksi
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nyeri pada tangan kiri terutama jari-jari</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada tangan sebelah kiri</li> <li>- Tampak perban menutupi jari manis</li> </ul>	Insisi bedah	Kerusakan integritas jaringan

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut b.d agen cedera fisik
2. Resiko tinggi infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan primer (prosedur invasif)
3. Kerusakan integritas jaringan b.d Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

### C. PERENCANAAN

<b>NAMA PASIEN : Tn. S</b>	<b>UMUR : 51 Tahun</b>
<b>RUANGAN : Bangsal Bedah</b>	<b>No. REG : 13 37 73</b>

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan : Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama asuhan keperawatan, diharapkan nyeri pasien berkurang.</p> <p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</li> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Cukup Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Ringan</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Tidak ada</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kapan nyeri terjadi</li> <li>2. Menggunakan tindakan pencegahan</li> <li>3. Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus</li> <li>2. observasi adanya respon nonverbal mengenai ketidaknyamanan</li> <li>3. gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> <li>4. ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologin(seperti : relaksasi, terapi musik, terapi bermain, aplikasi panas/dingin dan pijatan)</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan, perubahan akan karakteristik menunjukkan terjadinya keparahan, memerlukan upaya evaluasi medik dan intervensi</li> <li>2. Ekspresi wajah indikator menunjukkan adanya nyeri</li> <li>3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif.</li> <li>4. Membantu mengurangi rasa nyeri</li> </ol>



		<p>4. Melaporkan nyeri yang terkontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat Nyeri</li> </ul> <p>1 : Berat 2 : Cukup berat 3 : Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada</p> <p>Kriteria Hasil : 1/2/3/4/5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri yang dilaporkan berkurang</li> <li>2. Ekspresi wajah relaks</li> <li>3. TTV dalam batas norma</li> </ol> <p>Hasil yang dirapkan 4-5</p>	<p>5. kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya : suhu ruangan, pencahayaan, suara bising)</p> <p>Manajemen lingkungan: kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. ciptakan lingkungan yang mendukung</li> <li>7. sediakan lingkungan yang aman dan bersih</li> <li>8. pertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan, seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan, seprei kusut dll</li> <li>9. Sesuaikan suhu ruangan yang menyamankan, jika memungkinkan</li> </ol>	<p>5. Menurunkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri</p> <p>Manajemen lingkungan : kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri.</li> <li>7. lingkungan yang aman dan bersih bisa membuat relaks sehingga menurunkan rasa nyeri</li> <li>8. dapat mempengaruhi nyeri, tekanan bisa menyebabkan ketidak lancaran vaskularisasi</li> <li>9. nyeri dipengaruhi oleh; kecemasan, ketegangan, suhu, distensi kandung kemih dan berbaring lama.</li> </ol>
--	--	---	--	---

			<p>10. sesuaikan pencahayaan</p> <p>11. Posisikan pasien senyaman mungkin</p> <p>12. monitor kulit terutama daerah tonjolan tubuh terhadap adanya tanda-tanda tekanan atau iritasi</p> <p>13. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>14. Kolaborasi pemberian analgesic</p>	<p>10. cahaya yang terlalu terang atau terlalu redup dapat membuat tidak nyaman, menjadi faktor timbulnya nyeri.</p> <p>11. posisi yang nyaman membuat vaskularisasi lancar</p> <p>12. mencegah terjadinya dekubitus</p> <p>13. Peningkatan nyeri akan meningkatkan tanda-tanda vital</p> <p>14. menurunkan rasa nyeri</p>
2.	Resiko tinggi infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan primer (prosedur invasif)	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan, keparahan infeksi terpenuhi teratasi</p> <p><b>NOC : Keparahan infeksi</b></p> <p><input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4</p>	<p><b>NIC :</b></p> <p>1. Kaji TTV dan tanda infeksi</p> <p>2. Lakukan perawatan luka</p>	<p>1. Menentukan intervensi lebih lanjut</p> <p>2. Mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat pengeringan luka</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5</li> <li><input type="checkbox"/> 1. Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Cukup Berat</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Ringan</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Tidak ada</li> </ul> <p>Kriteria hasil: 1/2/3/4/5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kemerahan</li> <li><input type="checkbox"/> Cairan atau luka yang membusuk</li> <li><input type="checkbox"/> Demam</li> <li><input type="checkbox"/> Hipotermia</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Jaringan lunak</li> <li><input type="checkbox"/> Nanah dalam urine</li> <li><input type="checkbox"/> Lhetargy</li> <li><input type="checkbox"/> Hilang nafsu makan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan ibu mencuci tangan sebelum kontak pasien</li> <li>4. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium (leukosit)</li> <li>5. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien</li> <li>6. Ganti peralatan perawatan perpasien sesuai protokol institusi</li> <li>7. Isolasi pasien yang mempunyai penyakit menular</li> <li>8. Batasi jumlah pengunjung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Meminimalkan terjadinya infeksi silang pada pasien</li> <li>4. Leukosit tinggi mengidentifikasi adanya infeksi</li> <li>5. Lingkungan yang bersih dapat mencegah terjadinya infeksi</li> <li>6. Peralatan yang tidak dirawat dapat menimbulkan banyak bakteri dan meningkatkan terjadinya infeksi</li> <li>7. Penyakit menular akan cepat terjadi penularan jika tidak segera di isolasi</li> <li>8. Terlalu banyak pengunjung dapat membuat penyebaran virus dari luar yang menyebabkan infeksi</li> <li>9. Cuci tangan dapat mencegah terjadinya infeksi baik pada tenaga kesehatan maupun pasien</li> </ul>
--	--	--	--	--

			<p>9. Ajarkan cara cuci tangan bagi tenaga kesehatan</p> <p>10. Anjurkan pengunjung untuk cuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien</p> <p>11. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien</p> <p>12. Pakai sarung tangan steril dengan tepat</p> <p>13. Gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai</p> <p>14. Jaga lingkungan aseptik</p>	<p>10. Agar terhindari dari virus yang dibawa dari luar</p> <p>11. Untuk mencegah terjadinya infeksi</p> <p>12. Sarung tangan steril akan menghindari kita dari infeksi dan penyakit menular</p> <p>13. Agar membersihkan kulit dari bakteri yang menyebabkan infeksi</p> <p>14. Mencegah terjadinya infeksi yang di dapatkan dari rumah sakit</p>
--	--	--	---	--

			yang optimal selama pemasukan disamping tempat tidur dari saluran penghubung	
3.	Kerusakan integritas jaringan b.d Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	Setelah diberikan intervensi keperawatan, keparahan infeksi terpenuhi teratasi  <b>NOC : Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa</b>  <input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4 <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <input type="checkbox"/> 1. Sangat terganggu <input type="checkbox"/> 2. Banyak terganggu <input type="checkbox"/> 3. Cukup terganggu <input type="checkbox"/> 4. Sedikit terganggu <input type="checkbox"/> 5. Tidak terganggu Kriteria hasil: 1/2/3/4/5 <input type="checkbox"/> Suhu Kulit dalam batas normal <input type="checkbox"/> Kulit elastic <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan perfusi jaringan <input type="checkbox"/> Lesi pada kulit berkurang <input type="checkbox"/> Tidak terdapat eritema	Perawatan daerah (area) sayatan  1. jelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien 2. periksa daerah sayatan terhadap kemerahan, bengkak 3. monitor proses penyembuhan di daerah sayatan 4. bersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersihan yang tepat 5. bersihkan mulai dari area yang bersih ke area yang kurang bersih 6. monitor sayatan untuk tanda dan gejala infeksi 7. gunakan kapas steril untuk pembersihan jahitan 8. berikan salep antiseptik 9. ganti pakaian dengan interval waktu yang tepat	Perawatan Area Sayatan  1. meningkatkan pengetahuan penting agar tidak terjadi kecemasan berlebih 2. kemerahan dan bengkak menandakan adanya inflamasi 3. mengetahui perkembangan proses penyembuhan luka 4. mencegah terjadinya infeksi 5. mencegah bagian yang kotor menyebar ke area yang bersih 6. mengetahui adanya perubahan pada luka, terutama tanda-tanda infeksi 7. mencegah resiko

		<input type="checkbox"/> Wajah tidak pucat	10. arahkan pasien dan/atau keluarga cara merawat luka insisi, termasuk tanda dan gejala infeksi	infeksi pada luka 8. mencegah resiko infeksi pada luka 9. pakaian yang kotor dapat menyebabkan infeksi pada area luka 10. meningkatkan pemahaman dan kerjasama dalam perawatan untuk mencegah penyebaran infeksi
--	--	--	--	---

### D. Implementasi

#### Implementasi 1

<b>NAMA PASIEN : Tn. S</b>	<b>UMUR : 51 Tahun</b>
<b>RUANGAN : Bangsal Bedah</b>	<b>No. REG : 13 37 73</b>

Tanggal	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi SOAP
17 Mei 2019	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pada pasien tentang penyebab nyeri yang dirasakan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, dimana lokasi nyeri, skala nyeri yang dirasakan serta berapa lama nyeri yang dirasakan</li> <li>2. Melihat adanya ekspresi menahan nyeri pada pasien</li> <li>3. Mengajarkan pasien teknik nafas dalam</li> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk melakukan massase pada punggung/kaki pasien</li> <li>5. Menghidupkan kipas angin dan menghidupkan lampu</li> <li>6. Mengukur TD, RR, Nadi dan suhu badan pasien</li> <li>7. Memberikan obat cefoperazone, dexketopropen, dan ranitidine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat nyeri P : nyeri pada saat bergerak Q : tersayat-sayat R : nyeri di bagian tangan kiri terutama jari-jari S : Skala 7 T : nyeri dirasakan terus-menerus</li> <li>2. Pasien tampak meringis</li> <li>3. Pasien tampak masih kesakitan</li> <li>4. Pasien masih tampak kesakitan</li> <li>5. Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan cukup cahaya</li> <li>6. TD : 120/80mmhg, Nadi</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen, nyeri dirasakan saat bergerak dan nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- P : nyeri pada saat bergerak</li> </ul> <p>Q : seperti tersayat-sayat</p> <p>R : nyeri di bagian jari tangan sebelah kiri</p> <p>S : Skala 7</p> <p>T : nyeri terasa pada saat pasien bergerak dan reaksi obat habis setelah injeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan cukup cahaya</li> </ul>

			<p>80x/menit, RR 19x/menit dan suhu 36,7° C</p> <p>7. Pasien diberi obat melalui IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- injeksi cefoperazone, dexketopropen, dan ranitidine</li> <li>- TD : 120/80mmhg, Nadi 80x/menit, RR 19x/menit dan suhu 36,7° C</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrol nyeri : kadang-kadang menunjukkan</li> <li>- tingkat nyeri : cukup berat</li> <li>- masih tampak ekspresi menahan nyeri (meringis)</li> </ul> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
17 Mei 2019	09.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan luka</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>4. Membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan pasien</li> <li>5. Mengganti peralatan pasien</li> <li>6. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>7. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga pasien</li> <li>8. Menganjurkan keluarga cuci tangan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD 120/80 mmg, Nadi 80 x/menit, RR 19 x/menit dan suhu 36,7° C</li> <li>2. Luka tertutup oleh kassa steril</li> <li>3. Selalu cuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>4. Ruangan dibersihkan setiap hari</li> <li>5. Sprey dan pakaian bayi diganti tiap hari</li> <li>6. Jumlah pengunjung dibatasi</li> <li>7. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali</li> </ol>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 19 x/menit dan suhu 36.7°c</li> <li>- Luka sedikit basah</li> <li>- Perawat dan keluarga selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>- Ruangan di bersihkan setiap hari</li> <li>- Sprey dan pakaian pasien di ganti tiap hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p>



		sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien	cara cuci tangan menggunakan air dan alkohol 8. Keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	P : Intervensi dilanjutkan
17 Mei 2019	09.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa daerah perban dan pinggir perban</li> <li>2. Memonitor penyembuhan luka</li> <li>3. Memonitor kebersihan perban</li> <li>4. Memonitor daerah tepi luka yang ditutupi perban tentang adanya gejala infeksi</li> <li>5. Mengingatkan kembali pada pasien untuk selalu mengganti pakaian pada pagi dan sore hari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perban tampak kering dan tidak ada bengkak dan kemerahan pada pinggir area perban</li> <li>2. Luka tertutup perban</li> <li>3. Perban bersih dan tidak ada perdarahan</li> <li>4. Tidak ada gejala infeksi</li> <li>5. Pasien mengganti pakian pada pagi dan sore sesuai anjuran</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan tidak tahu tanda-tanda terjadinya infeksi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengganti pakaian 2x/hari</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas jaringan : cukup terganggu</li> </ul> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

## Implementasi 2

<b>NAMA PASIEN : Tn. S</b>	<b>UMUR : 51 Tahun</b>
<b>RUANGAN : Bangsal Bedah</b>	<b>No. REG : 13 37 73</b>

Tanggal	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi SOAP
18 Mei 2019	09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menanyakan pada pasien tentang penyebab nyeri yang dirasakan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, dimana lokasi nyeri, skala nyeri yang dirasakan serta berapa lama nyeri yang dirasakan</li> <li>Melihat adanya ekspresi menahan nyeri pada pasien</li> <li>Mengukur TD, Nadi, RR, dan suhu badan pasien</li> <li>memberikan obat analgetik untuk mengurangi nyeri, pasien diberi cefoperazone, dexketopropen, dan ranitidine</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Terdapat nyeri P : nyeri pada saat bergerak Q : tersayat-sayat R : nyeri di bagian jari tangan kiri S : Skala 5 T : nyeri terasa pada saat pasien bergerak dan reaksi obat habis setelah injeksi</li> <li>Tidak ada ekspresi menahan nyeri</li> <li>TD : 120/70mmhg, Nadi 79x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,5° C</li> <li>Pasien diberi obat melalui</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks</li> <li>- P : nyeri timbul saat bergerak</li> <li>Q : nyeri seperti tersayat-sayat</li> <li>R : abdomen kuadran kanan bawah</li> <li>S : 2</li> <li>T : nyeri terasa pada saat pasien bergerak dan reaksi obat habis setelah injeksi</li> <li>- TD : 120/70mmhg, Nadi 79x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,5° C</li> </ul> <p>A :</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrol nyeri : sering menunjukkan</li> <li>- tingkat nyeri : ringan</li> <li>- melakukan teknik nafas dalam saat nyeri</li> <li>- ekspresi wajah rileks</li> <li>- pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>- TTV dalam batas normal</li> </ul> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
18 Mei 2019	09.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan luka</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>4. Mengganti peralatan pasien</li> <li>5. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>6. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga</li> <li>7. Menganjurkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 120/70mmhg, Nadi 79x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,5° C</li> <li>2. Luka sedikit kering, dan terbalut kassa</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>4. Sprey dan pakaian diganti tiap hari</li> <li>5. Jumlah pengunjung dibatasi</li> <li>6. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali cara cuci tangan menggunakan air dan</li> </ol>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 120/70 mmHg, nadi 79 x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36.5°c</li> <li>- Luka sedikit basah dan tertutup kassa</li> <li>- Keluarga dan perawat selalu tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>- Spray diganti setiap hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

			alkohol 7. Keluarga cuci tangan sebelum dn sesudah masuk ruangan pasien	
18 Mei 2019	09.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa daerah perban dan pinggir perban</li> <li>2. Memonitor kebersihan perban</li> <li>3. Memonitor daerah tepi luka yang ditutupi perban tentang adanya gejala infeksi</li> <li>4. Menganjurkan pasien untuk selalu mengganti pakaian pada pagi dan sore hari</li> <li>5. Memberitahu pasien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dll</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perban tampak kering dan tidak ada bengkak dan kemerahan pada pinggir area perban</li> <li>2. Perban bersih dan tidak ada perdarahan</li> <li>3. Tidak ada gejala infeksi</li> <li>4. Pasien mengganti pakian pada pagi dan sore sesuai anjuran menggunakan kapas steril</li> <li>5. Pasien selalu mengganti pakaian setiap hari Keluarga mengerti tentang apa yang dijelaskan</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan selalu mengganti pakaian setiap pagi dan sore</p> <p>O :</p> <p>Pasien mengganti pakaiannya</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integrasi jaringan : cukup terganggu</li> <li>- tidak ada eritema</li> </ul> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

## Implementasi 3

<b>NAMA PASIEN : Tn. S</b>	<b>UMUR : 51 Tahun</b>
<b>RUANGAN : Bangsal Bedah</b>	<b>No. REG : 13 37 73</b>

Tanggal	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi SOAP
19 Mei 2019	13.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan kembali pada pasien tentang penyebab nyeri yang dirasakan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, dimana lokasi nyeri, skala nyeri yang dirasakan serta berapa lama nyeri yang dirasakan</li> <li>2. Melihat adanya ekspresi menahan nyeri pada pasien</li> <li>3. Menganjurkan pasien melakukan teknik nafas dalam saat nyeri</li> <li>4. Menghidupkan kipas angin dan menghidupkan lampu</li> <li>5. Mengukur TD, Frekuensi nadi, Frekuensi pernapasan dan mengukur suhu badan</li> <li>6. memberikan obat analgetik untuk mengurangi nyeri, pasien diberi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat nyeri P : nyeri pada saat bergerak Q : tersayat R : nyeri di bagian luka post op S : Skala 4 T : nyeri terasa pada saat pasien bergerak dan reaksi obat habis setelah injeksi</li> <li>2. Pasien masih tampak sedikit meringis</li> <li>3. Pasien melakukan teknik nafas dalam</li> <li>4. Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan cukup cahaya</li> <li>5. TD : 100/70mmhg, Nadi 77x/menit, RR 20x/menit dan</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang - pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks</li> <li>- Pasien tampak meringis saat bergerak</li> <li>- P : nyeri timbul saat bergerak</li> </ul> <p>Q : nyeri seperti tersayat-sayat R: abdomen kuadran kanan bawah S : 4 T : nyeri terasa pada saat pasien bergerak dan reaksi obat habis setelah injeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 100/70mmhg, Nadi 77x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,4° C</li> </ul>

		cefoperazone, dexketopropen, dan ranitidine	suhu 36,4° C 6. Pasien diberi obat melalui IV	A : - kontrol nyeri : kadang-kadang menunjukkan - tingkat nyeri : sedang - melakukan teknik nafas dalam - TTV dalam batas normal P : intervensi dihentikan
19 Mei 2019	13.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji TTV dan tanda infeksi</li> <li>2. Melakukan perawatan luka</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</li> <li>4. Mengganti peralatan pasien</li> <li>5. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>6. Mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga</li> <li>7. Menganjurkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 100/70mmhg, Nadi 77x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,4° C</li> <li>2. Luka kering, dan terbalut kassa</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>4. Sprey dan pakaian diganti tiap hari</li> <li>5. Jumlah pengunjung dibatasi</li> <li>6. Keluarga kooperatif dan dapat menyebutkan kembali cara cuci tangan menggunakan air dan alkohol</li> <li>7. Keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ruangan pasien</li> </ol>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 100/70 mmHG, Nadi 77 x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36.4°c</li> <li>- Luka kering dan terpasang kassa</li> <li>- Selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>- Sprey dan pakaian diganti setiap hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
19 Mei 2019	14.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa daerah sayatan terhadap bengkak dan kemerahan</li> <li>2. Memonitor proses penyembuhan luka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terdapat bengkak dan terdapat sedikit kemerahan pada area luka</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan selalu mengganti pakaian setiap pagi dan sore</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membersihkan daerah sekitar sayatan dengan NaCl 0,9%</li> <li>4. Membersihkan luka dari area yang bersih ke area yang kurang bersih</li> <li>5. Menggunakan kapas steril untuk membersihkan luka</li> <li>6. Memberikan salep gentamicyn gel</li> <li>7. Menganjurkan pasien untuk mengganti pakaian setiap hari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Luka menutup dan tidak terdapat tanda infeksi</li> <li>3. Luka tampak menutup dan bersih</li> <li>4. Pasien tampak ada ekspresi menahan nyeri</li> <li>5. Luka di bersihkan menggunakan kapas steril</li> <li>6. Pasien tampak nyaman setelah diberi salep</li> <li>7. Pasien selalu mengganti pakaian setiap hari</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bengkak pada area sayatan</li> <li>- luka tampak tertutup</li> <li>- tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- integritas jaringan : sedikit terganggu</li> <li>- Tidak ada gangguan perpusi jaringan - tidak terdapat eritema - tidak terdapat pucat</li> </ul> <p>P : intervensi di hentikan</p>
--	--	---	---	---

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “ Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post op Fraktur Terbuka Phalang Digiti III di ruang bedah Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna”. Dalam melakukan asuhan keperawatan telah diterapkan proses keperawatan sesuai teori yang ada. Dimana proses keperawatan yang mempunyai 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pada studi kasus di dapat data subjektif Tn.S mengalami Susp Fraktur Terbuka Phalang Digiti III dengan keluhan yang dirasakan pasien adalah nyeri pada tangan kiri terutama jari-jari, nyeri seperti tersayat dan nyeri berada pada skala 7, nyeri dirasakan terus-menerus. Data objektif yang di dapat meliputi keadaan umum pasien tampak lemas. Dari hasil pengukuran di peroleh TD 120/70mmHg, nadi 69x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit dan suhu 36,2<sup>o</sup>c. Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesesuaian pada Tn.S yang mengalami fraktur terbuka. Keluhan utama diambil dari data subjektif atau objektif yang paling menonjol yang dialami oleh klien. Klien dengan fraktur sering mengalami nyeri lebih dari skala 5.

#### **B. Diagnosa**

Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesesuaian pada Tn.S yang mengalami fraktur terbuka. Dari hasil pengkajian yang didapatkan penulis, penulis mengangkat dua diagnosa yaitu nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) dan kerusakan integritas jaringan b.d insisi bedah. Berdasarkan diagnosa yang ditegakan pada Tn.S telah sesuai dengan hasil teori yakni Diagnosa Keperawatan yang dapat ditemukan pada klien dengan fraktur terbuka, berdasarkan respon pasien yang disesuaikan dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko tinggi infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan primer (prosedur invasif) dan kerusakan



integritas jaringan b.d insisi bedah. Dari beberapa diagnosa kasus yang penulis tegakan.

### **C. Perencanaan**

Pada kasus Tn.S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis merencanakan mengatasi masalah nyeri terlebih dahulu karena pasien mengalami nyeri dengan skala 7 dan kriteria hasil yang ditulis penulis yaitu pasien mengatakan nyeri tidak terasa lagi dengan skala 0-4 (Potter, 2006). Berdasarkan rencana tindakan yang dilakukan tidak terjadi kesenjangan antara rencana tindakan yang ada di teori dan rencana tindakan yang dilakukan pada kasus. Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa pertama untuk mengurangi nyeri, kaji adanya peningkatan nyeri dengan Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, mengobservasi adanya respon nonverbal terhadap ketidaknyamanan, Mengkontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, mengukur tanda-tanda vital pasien serta memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

Pada diagnosa kedua juga tidak terdapat kesenjangan antara rencana tindakan yang ada di teori dan rencana tindakan yang dilakukan pada kasus yaitu periksa daerah sayatan terhadap kemerahan, bengkak, bersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersihan yang tepat, ganti pakaian dengan interval waktu yang tepat serta arahkan pasien dan/atau keluarga cara merawat luka insisi, termasuk tanda dan gejala infeksi.

Pada diagnosa ketiga Mengkaji TTV dan tanda infeksi, melakukan perawatan luka, menganjurkan mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan pasien, mengganti peralatan pasien, membatasi jumlah pengunjung, mengajarkan cara cuci tangan kepada keluarga, menganjurkan keluarga cuci tangan sebelum dan sesudah masuk ke ruangan pasien.

#### **D. Implementasi**

Langkah ini merupakan pelaksanaan dari rencana tindakan. Beberapa pelaksanaan tindakan bisa dilakukan sendiri oleh penulis dan ada juga yang dibantu oleh tenaga kesehatan yaitu perawat yang ada diruangan secara langsung maupun catatan perawatan karena keterbatasan waktu penulis untuk bersama klien. Tipe Implementasi berdasarkan tujuan dokumentasi adalah implementasi terapeutik yaitu dimana implementasi ini ditujukan untuk mengurangi atau meringankan masalah klien dan mempertahankan kesehatan dengan tingkat yang paling tinggi yang mampu dicapai individu, terdiri atas dua jenis yaitu yang pertama adalah tindakan keperawatan yang merupakan wewenang perawat dan yang kedua adalah tindakan kolaborasi yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain.

Tindakan perawatan yang dilakukan penulis secara umum merupakan implementasi dari rencana keperawatan yang telah disusun, namun ada beberapa tindakan yang telah ditentukan. Hal ini dilakukan karena tindakan keperawatan sebagai tahap awal dalam menangani kasus Implementasi pada Tn.S dapat dilakukan penulis sesuai rencana tindakan keperawatan. Ditunjang dengan saat melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif. Tidak ada implementasi keperawatan yang dilakukan penulis diluar rencana tindakan keperawatan. Penulis melakukan implementasi dengan rencana yang telah direncanakan sebelumnya untuk memenuhi kriteria hasil. Setelah melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari dan hasilnya nyeri yang dirasakan terjadi berkurang.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi pada Tn.S dilakukan dengan metode SOAP. Pada evaluasi hari pertama pengelolaan, masalah keperawatan Nyeri akut, dan kerusakan integritas jaringan dengan kriteria hasil untuk nyeri akut adalah mampu mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik

nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, menyatakan rasa nyaman ketika nyeri berkurang mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). Kriteria hasil untuk masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan dapat teratasi sebagian dengan kriteria hasil pasien selalu mengganti pakianya agar luka tetap bersih dan pasien serta keluarga telah mengetahui tanda-tanda dari infeksi.

Pada evaluasi hari kedua pengelolaan, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 4, Ini menandakan masalah keperawatan nyeri teratasi sebagian, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis sehingga intervensi perlu dilanjutkan. Masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil pengendalian nyeri pasien mengatakan nyeri berkurang, menyangkal nyeri, melaporkan perasaan nyaman. Masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan juga teratasi dengan kriteria hasil tidak adanya gangguan pada perpusi jaringan, lesi pada kulit berkurang, tidak tanda-tanda infeksi dan keadaan luka insisi menutup.

Pada evaluasi hari ketiga pengelolaan, pasien mengatakan nyeri terasa tapi sedikit saja dengan skala 4 serta tidak adanya ekspresi menahan nyeri seperti meringis, pasien tampak rileks, Ini menandakan masalah keperawatan nyeri teratasi, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis sehingga intervensi tidak perlu dilanjutkan. Masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil pengendalian nyeri pasien mengatakan nyeri tidak terasa kembali atau skala nyeri berkurang, melaporkan perasaan nyaman. Untuk masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan juga teratasi dengan kriteria hasil tidak adanya gangguan pada perpusi jaringan, lesi pada kulit berkurang, tidak tanda-tanda infeksi dan keadaan luka insisi menutup.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Pada pengkajian fraktur terbuka, tidak ada perbedaan atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan. Hal ini karena data yang terdapat pada lapangan juga ditemukan didalam teori.
2. Ada tiga diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien sama dengan taksonomi diagnosa keperawatan, yaitu nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko tinggi infeksi dan kerusakan integritas jaringan.
3. Intervensi keperawatan dibuat sesuai keadaan, sarana dan prasarana yang tersedia. Dalam merencanakan tindakan keperawatan penulis mengkombinasikan tindakan mandiri, kolaborasi serta penyuluhan pada keluarga dan dari ketiga gabungan tindakan keperawatan diharapkan dapat efektif dalam menangani masalah klien dan mencegah komplikasi penyakit maupun komplikasi tindakan yang dilakukan.
4. Pada saat pelaksanaan keperawatan semua intervensi keperawatan pada kasus dapat di implementasikan. Hal ini disebabkan karena klien dan keluarga kooperatif pada saat implementasi.
5. Pada evaluasi keperawatan fraktur terbuka terhadap pasien yang ditemukan pada kasus dapat teratasi dalam waktu tiga hari.

#### **B. Saran**

1. Bagi Pelayanan Kesehatan  
Tenaga kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan fraktur terbuka sesuai Standart Operasional Prosedur (SOP) diberbagai rumah sakit.
2. Bagi Tenaga Kesehatan  
Tenaga kesehatan harus menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan perawatan yang holistik dan komprehensif.




### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan harus dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, guna terciptanya perawat- perawat yang profesional, terampil, cekatan dan handal dalam memberikan asuhan keperawatan.

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU  
TA.2019/2020**

**NAMA** : HERMA YENI  
**NIM** : P0 5120218 144 RPL  
**JUDUL KTI** : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Fraktur Di Ruang Bedah Di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019  
**PEMBIMBING** : Ns. Idramsyah, M.Kep, Sp.Kep. M.B

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1	26 Maret 2019	Judul	Buat judul pada asuhan keperawatan pasien fraktur	
2	06 April 2019	Bab I	Lengkapi latar belakang dengan data - data lanjutan	
3	12 April 2019	Bab II	Lanjutkan bab 2 sesuai saran	
4	15 April 2019	Bab III	Lanjutkan bab 3 metodologi	
5	20 April 2019	Bab I - III	Lengkapi proposal sesuai petunjuk	
6	26 April 2019	Cara penulisan	Acc ujian proposal	
7	10 Mei 2019	Bab IV	Perbaiki Bab IV Tinjauan kasus	
8	20 Juni 2019	Bab IV	Pebaiki Intervensi,Implementasi,Eval	

			uasi	
9	26 Juli 2019	Bab IV	Lanjutkan Bab V – VI	
10	30 Juli 2019	Bab IV - VI	Perbaiki implementasi	
11	09 Agustus 2019	Bab IV - VI	Lengkapi 1 bundel KTI lengkap	
12	15 Agustus 2019	Bab 1 - 6	Acc ujian kti	