

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK H YANG MENGALAMI CLOSE
FRAKTUR ANTEBRACHII 1/3 MEDIAL SINISTRA DI RUANG DAHLIA
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**DEVI INDAH NOFITASARI
NIM : 1311308210739**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kehidupan sehari-hari yang semakin padat dengan aktifitas masing-masing manusia dan untuk mengejar perkembangan zaman, manusia tidak akan lepas dari fungsi normal *musculoskeletal* terutama tulang yang menjadi alat gerak utama bagi manusia, tulang membentuk rangka penunjang dan pelindung bagian tubuh dan tempat untuk melekatnya otot-otot yang menggerakkan kerangka tubuh. Namun dari ulah manusia itu sendiri, fungsi tulang dapat terganggu karena mengalami *fraktur*. *Fraktur* biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah *fraktur* yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Mansjoer, 2008).

Fraktur merupakan suatu keadaan dimana terjadi diintegritas pada tulang. Penyebab terbanyaknya adalah insiden kecelakaan, tetapi faktor lain seperti proses *degeneratife* dan *osteoporosis* juga dapat berpengaruh terhadap terjadinya *fraktur* (Depkes RI, 2011). *Frakturantebrachii* merupakan terputusnya kontinuitas tulang yang terjadi pada tulang *radius* dan *ulna* (Thomas et all, 2011).

Berdasarkan data menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2013 menyebutkan, sebanyak 68% korban kecelakaan lalu lintas berada pada usia produktif yakni 22–50 tahun. Kecelakaan didominasi oleh pengendara sepeda motor yang mencapai 120.226 kali atau 74% dari seluruh kecelakaan lalu lintas dalam setahun. Tingginya angka kecelakaan meningkatkan resiko kematian dan kecacatan. Salah satu penyebab dari kematian dan kecacatan adalah patah tulang (*fraktur*).

Penanganan pada *frakturantebrachii* terdiri dari teknik *konservatif* dan *operatif*. Pada kondisi *post fraktur antebrachii* akan menimbulkan berbagai masalah seperti *oedema*, nyeri, penurunan kekuatan otot, keterbatasan lingkup gerak sendi dan gangguan aktivitas fungsional (*Bare &Smeltzer,2006*).

Berdasarkan data dari Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah penderita *fraktur* dalam 1 bulan terakhir ini yaitu sebanyak 51 pasien. Fenomena yang ada di Rumah Sakit menunjukkan bahwa pasien mengalami berbagai masalah keperawatan diantaranya *nyeri*, perawatan diri (mandi), hambatan *mobilitas* fisik, risiko *infeksi*, perubahan *perfusi* jaringan, resiko gangguan integritas kulit, *ansietas*, kurang pengetahuan, gangguan tumbuh kembang, resiko *konstipasi*. Masalah tersebut harus diantisipasi dan diatasi agar tidak terjadi komplikasi. Peran perawat sangat penting dalam

perawatan pasien *pre* dan *post* operasi terutama dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Bapak H yang Mengalami *Close Fraktur Antebrachii 1/3 Medial Sinistra* di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Bapak H yang Mengalami *Close Fraktur Antebrachii 1/3 Medial Sinistra* di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh gambaran nyata pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Bapak H yang Mengalami *Close Fraktur Antebrachii 1/3 Medial Sinistra* di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Bapak H yang Mengalami *Close Fraktur Antebrachii 1/3 Medial Sinistra* di Ruang Dahlia RSUD Abdul

Wahab Sjahranie Samarinda dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal, pengkajian, diagnosis Keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

D. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. Adapun metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Melakukan tanya jawab langsung antara klien dan juga keluarga klien dengan perawat maupun dokter, untuk mengetahui secara pasti kondisi klien.

2. Observasi

Teknik ini digunakan secara langsung untuk mengenali dan mengamati berbagai masalah yang timbul pada pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan dengan melakukan inspeksi pada keadaan umum, auskultasi melakukan pengetukan dan palpasi melakukan

perabaan, pemeriksaan ini dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diambil dari status klien yang ada di ruangan baik itu berupa catatan perawat atau instruksi dokter.

5. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi Karya Tulis Ilmiah tersebut, terdiri dari buku-buku dan internet.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari lima bab, yang dimulai dari pendahuluan sampai penutup, yaitu :

BAB I : Pendahuluan

Berisi tentang Pendahuluan yang didalamnya menguraikan tentang latar belakang penulisan, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Pustaka

Berisi tentang Tinjauan Pustaka yang menguraikan tentang konsep dasar penyakit, meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan dan komplikasi serta asuhan

keperawatan secara teoritis meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

BAB III : Tinjauan Kasus

Berisi tentang Tinjauan Kasus yang menguraikan tentang kasus yang terjadi dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian.

BAB IV : Pembahasan

Berisi tentang Pembahasan masalah yang menguraikan tentang sejauh mana penerapan teori dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap pasien secara nyata.

BAB V : Penutup

Berisi Penutup yang menguraikan tentang kesimpulan dan saran-saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Fraktur menurut Brunner & Suddart (2010), adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. *Fraktur* terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya. *Fraktur* dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan punter mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. *Fraktur* adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Price and Wilson, 2006).

Fraktur antebrachii adalah terputusnya kontinuitas tulang *radius ulna*. Yang dimaksud dengan *antebrachii* adalah batang (*shaft*) tulang *radius* dan *ulna* (Andi,2012). *Fraktur antebrachii* merupakan suatu perpatahan pada lengan bawah yaitu pada tulang *radius* dan *ulna* dimana kedua tulang tersebut mengalami perpatahan. Dibagi atas tiga bagian perpatahan yaitu bagian *proksimal*, *medial*, serta *distal* dari kedua *corpus* tulang tersebut. (Putri,2008).

B. Etiologi

Penyebab patah tulang dibagi dalam tiga bagian menurut Nanda (2012) :

1. Trauma langsung dan tidak langsung
 - a. Kekerasan langsung. Kekerasan secara langsung menyebabkan tulang patah pada titik terjadinya kekerasan itu, misalnya tulang kaki terbentur bumper mobil, maka tulang akan patah tepat ditempat terjadinya benturan tersebut.
 - b. Kekerasan tidak langsung. Jika titik tumpul benturan dengan terjadinya *fraktur* berjauhan, jauh dari ketinggian dengan berdiri atau duduk sehingga terjadi tulang belakang.
2. Proses suatu penyakit

Adalah *fraktur* yang secara primer terjadi karena adanya proses pelemahan tulang akibat suatu proses penyakit atau *kanker* yang *bermetastase* atau *osteoporosis*.
3. Stress pada tulang

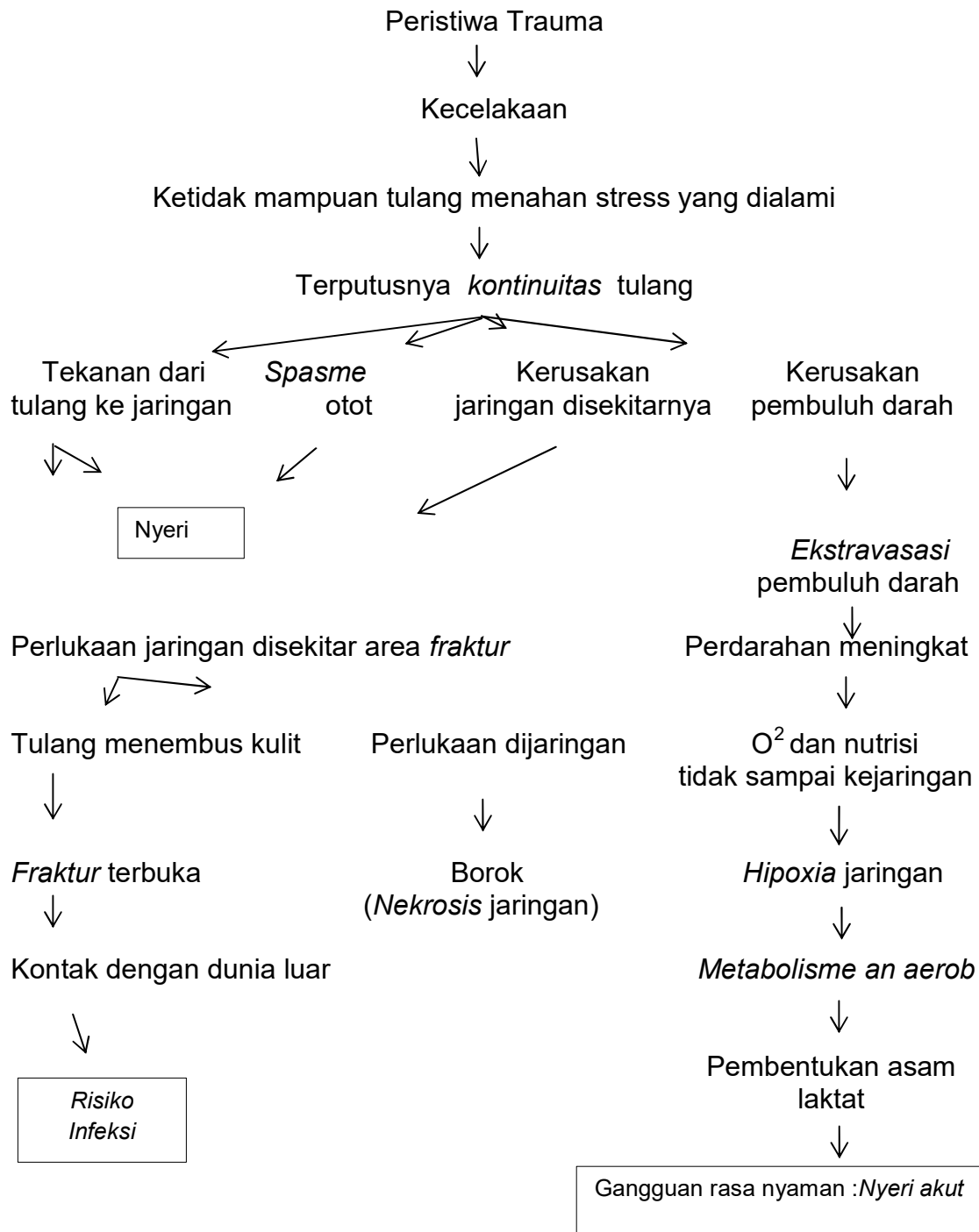
Apabila suatu tulang diberikan tekanan yang berulang-ulang.

C. Patofisiologi

Fraktur terjadi disebabkan oleh trauma langsung dan tidak langsung (kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian), adanya kelainan pada tulang (seperti *infeksi* pada tulang dan tumor tulang), degenerasi akibat kemunduran *fisiologis* dan jaringan itu sendiri, spontan yang

terjadi karena tarikan otot yang sangat kuat. Ketika sebuah tekanan mengenai tulang dan kekuatan tersebut tidak dapat *diabsorpsi* oleh tulang, *tendon* dan otot maka terjadi *fraktur*, *periosteum* dan pembuluh darah *kortex*, sumsum tulang dan jaringan lunak sekitar menjadi rusak. Perdarahan terjadi dari ujung yang rusak dan jaringan lunak sekitar, kemudian *hematoma* terbentuk dalam *medullary canal*, antara ujung daerah dan dibawah *periosteum*. Jaringan tulang dengan segera mendapatkan kepada daerah tulang yang mati. Jaringan *nekrotik* ini menstimulasi respon *inflamasi* ditandai dengan *vasodilatasi*, *eksudasi plasma*, *leukositas* dan *infiltrasi* dan sel darah putih kemudian mengakibatkan penekanan saraf dan otot yang dapat menimbulkan *kontraktur* sehingga akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik dan gangguan *integritas* kulit.

Pathway Fraktur



Gambar pathway fraktur 2.1 (Sumber: Scribd, Inc.)

D. Tanda dan Gejala

Gejala klinis fraktur adalah adanya riwayat *trauma*, rasa *nyeri*, dan bengkak dibagian tulang yang patah, *deformitas* (kelainan bentuk), *nyeri tekan*, *krepitasi*, gangguan *musculoskeletal* akibat *nyeri*, putusnya *kontinuitas* tulang dan gangguan *neurovaskuler* (Hidayat, 2010).

1. 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.
2. 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 baik karena fungsi normal otot tergantung *pada integritasnya* tulang tempat melekatnya otot.
3. Pada *fraktur* panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena *kontraksi* otot yang melekat diatas dan bawah tempat *fraktur*. *Fragmen* sering saling melengkapi satu sama lain 2,5 sampai 5 cm (1 sampai 2 inci).

4. Saat *ekstremitas* diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan *krepitus* dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.
5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti *fraktur*. Tanda ini biasa terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera.

E. Penatalaksanaan Medis

Tindakan yang dilakukan terhadap *fraktur* adalah mengembalikan *fragmen* tulang keposisi *anatomis* normal bagian yang terkena (*rehabilitas*).

Metode untuk mencapai *reduksi fraktur* antara lain :

1. Penatalaksanaan *ORIF (Open Reduktion Internal Fixation)*

Indikasi :

- a. *Fraktur intramaskuler*
- b. *Reduksi* tertutup yang mengalami kegagalan
Terdapat *interposisi* jaringan diantara kedua *fragment*
- c. Diperlukan *fiksasi rigid*
- d. Terdapat *Fraktur dislokasi* yang tidak dapat *direduksi* secara baik dengan *reduksi* tertutup
- e. *Fraktur* terbuka, terdapat *kontraindikasi* pada *mobilisasi* sedangkan dibutuhkan *mobilisasi* yang cepat

- f. *Eksisi Fregmen* yang kecil
- g. *Eksisi fregmen* tulang yang kemungkinan mengalami *nekrosis vaskuler*
- h. *Fraktur avulse*
- i. *Fraktur epifisis* tertentu pada *grade* 3 dan 4 pada anak-anak
- j. *Fraktur multipel*
- k. Untuk mempermudah perawatan penderita

2. *OREF (Open Reduction External Fixation)*

Indikasi :

- a. *Fraktur* terbuka *grade* 2 dan 3
- b. *Fraktur* terbuka disertai hilangnya jaringan atau tulang yang hebat
- c. *Fraktur* dengan *infeksi* yang kontraindikasi dengan *ORIF*
- d. *Fraktur* yang miskin jaringan *ikat*
- e. *Nonunion*
- f. Kadang-kadang pada *fraktur* bagian bawah penderita DM
- g. *Fraktur* dengan gangguan *neurovaskuler*
- h. *Fraktur kominutif*
- i. *Fraktur pelvis*
- j. *Fraktur multipel*

3. *Analgetik*

Diberikan untuk mengurangi rasa sakit yang timbul akibat trauma. *Nyeri* yang timbul dapat menyebabkan pasien gelisah sampai *shock* yang biasa dikenal dengan *shock analgetik*.

F. Komplikasi

Komplikasi patah tulang dibagi menjadi komplikasi awal dan komplikasi lambat.

1. Komplikasi awal

- a. *Syok* : *syok hipovolemik* atau *traumatic* akibat perdarahan (baik kehilangan darah *eksterna* maupun yang tidak kehilangan) dan kehilangan cairan *eksternal* jaringan yang rusak.
- b. *Sindrom emboli lemak* : terjadi pada saat terjadi *fraktur globula* lemak dapat masuk ke pembuluh darah karena tekanan sumsum tulang yang lebih dari tekanan *kapiler* atau karena *ketekolamin* yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien akan *memobilisasi* asam lemak dan memindahkan terjadinya *globula* lemak dalam aliran darah.
- c. *Sindrome kompartemen* : merupakan masalah yang terjadi saat *perfusi* jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan untuk kehidupan jaringan. Ini bisa disebabkan karena penurunan ukuran *kompartemen* otot karena *fasia* yang membungkus otot terlalu ketat, penggunaan *gips* atau balutan yang menjerat ataupun peningkatan ini *kompartemen* otot karena *edema* atau

perdarahan sehubungan dengan berbagai masalah (misal : *iskemik*, cedera, remuk).

2. Komplikasi lambat

- a. *Delayed Union* : proses penyembuhan tulang yang berjalan dalam waktu yang lebih lama dari perkiraan (tidak sembuh setelah 3-5 bulan)
- b. *Non Union* : kegagalan penyembuhan tulang setelah 6-9 bulan.
- c. *Mal Union* : proses penyembuhan tulang berjalan normal terjadi dalam waktu yang semestinya, namun tidak dengan bentuk aslinya atau abnormal.

G. Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan *radiologi* dilakukan untuk menentukan jenis dan kedudukan *fragmen fraktur*. Foto *rontgen* harus memenuhi beberapa syarat yaitu letak patah tulang harus diletakkan dipertengahan foto dan sinar harus menembus tempat secara tegak lurus.
2. Pemeriksaan khusus seperti *CT-scan* atau *MRI* kadang diperlukan, misalnya pada kasus *fraktur vetebra* yang disertai gejala *neurologis*.
3. Pemeriksaan laboratorium seperti darah lengkap (*Hemoglobin, hematokrit, leokosit, LED*)

H. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan secara langsung maupun tidak langsung melalui observasi keadaan umum pasien, wawancara (tanya jawab) dengan pasien dan keluarganya, pemeriksaan fisik dari kepala sampai ujung kaki dengan teknik *inspeksi*, *perkusi* dan *auskultasi*.

Menurut Doenges (2010), dasar data pengkajian pasien adalah:

a. Aktifitas/istirahat

Gejala :

Kelemahan, kelelahan, masalah *mobilitas*/ pergerakan, kelemahan umum.

Tanda :

Pembatasan atau hilangnya fungsi bagian yang terkena mungkin segera, penyebab *fraktur* atau mengembangkan sekunder dari perkembangan jaringan, *nyeri* kelemahan *ekstermitas* yang terkena, kisaran *defisit* gerak.

b. Sirkulasi

Tanda :

Hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap *nyeri/ansietas*) atau *hipotensi* (kehilangan darah). *Takikardi* (respon stress, *hipovolemia*), penurunan/ tak ada nadi pada bagian distal yang cedera : pengisian *kapiler* lambat pucat

pada bagian yang terkena. Pembengkakan jaringan atau *massa hematoma* pada sisi cedera.

c. *Neurosensori*

Gejala :

Hilang gerakan/ sensasi, *spasme* otot, kebas/ kesemutan (*parastesis*).

Tanda :

Deformatis lokal : *angulasi abnormal*, pemendekan, *rotasi*, *krepitasi* (bunyi berderit), *spasme* otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, *Agitasi* (mungkin berhubungan dengan rasa nyeri/ *ansietas* atau trauma lain), *dislokasi*.

d. *Eliminasi*

Tanda :

Hematuria, *sedimen* dalam *urin*, perubahan dalam *output* (gagal ginjal akut dengan kerusakan otot rangka utama).

e. *Nyeri*

Gejala :

Nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin *terlokalisasi*) pada area jaringan/ kerusakan tulang dapat berkurang pada *imobilisasi*).

Tanda :

Kegelisahan, fokus diri, gangguan perilaku.

f. Keamanan

Gejala :

Laserasi kulit, *avulsi* jaringan, perdarahan, perubahan warna kulit, pembengkakan lokal (dapat meningkat secara bertahap, atau tiba-tiba), adanya faktor resiko untuk jauh (usia, *osteoporosis*, *demensia*, *arthritis*, kondisi lainnya).

Tanda :

Keadaan insiden mungkin tidak mendukung jenis cedera yang terjadi (mungkin *sugestif* penyalahgunaan), penggunaan *alkohol* atau obat-obatan lain.

g. Penyuluhan/ pembelajaran

Tanda :

Penggunaan beberapa obat (resep dengan efek interaktif)

h. Pertimbangan rencana pemulangan

Gejala :

Mungkin memerlukan bantuan sementara dengan transportasi, aktivitas perawatan diri dan ibu rumah tangga atau pemeliharaan tugas, mungkin memerlukan terapi tambahan atau krim rehabilitasi, mungkin penempatan dibantu hidup-hidup atau fasilitas perawatan diperpanjang untuk jangka waktu.

2. Diagnosis keperawatan

Nanda menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah “keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan *aktual* atau *potensial*, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat”.

Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data, dimana menurut NANDA diartikan sebagai “defenisi karakteristik”. Definisi karakteristik tersebut dinamakan “Tanda dan gejala”, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosa keperawatan menjadi dasar untuk pemilihan tindakan keperawatan untuk mencapai hasil bagi anda, sebagai perawat, yang dapat diandalkan (NANDA International, 2007).

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien *fraktur* menurut Doenges, dkk (2010) adalah sebagai berikut :

- a. Resiko terjadi trauma b/d faktor resiko hilangnya *integritas* tulang (*fraktur*), gerakan *frame* tulang.
- b. *Nyeri* b/d agen cedera fisik (trauma jaringan lunak).
- c. Resiko ketidakefektipan *perfusi* jaringan *perifer* b/d pengurangan atau gangguan aliran, darah cedera langsung *vaskular*, trauma jaringan.

- d. Resiko gangguan pertukaran gas b/d perubahan *membran alveolar kapiler*.
- e. Kerusakan *mobilitas* fisik yang b/d *nyeri* dan *imobilisasi*.
- f. Resiko kerusakan *integritas* kulit/ jaringan b/d *orif* pemasangan *plat* dan *screw*.
- g. Resiko tinggi terhadap *infeksi* b/d prosedur *invasif*.
- h. Kurang pengetahuan b/d tindakan familiar dengan sumber informasi.

3. Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. (Potter & Perry, 2006).

Pada prinsipnya dalam penanganan atau pengobatan pada pasien *multiple fraktur* ada empat tahap, adapun tujuan pemasangan *plat* pada *screw* yaitu mempertahankan *reduksi ekstremitas* yang mengalami *fraktur* tulang yang patah (*mobilisasi*), memudahkan perawatan dalam proses terjadinya penyambungan tulang yang terdiri dari beberapa proses yaitu *granulasi* pembentukan kalus dan *remodeling* sehingga terbentuklah tulang seperti semula. Adapun tahap perencanaan

meliputi penentuan tujuan, kriteria hasil, dan merumuskan rencana tindakan. Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien *fraktur* menurut Doenges (2010) dalam Hendra (2014) adalah :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1.	Resiko terjadinya trauma b/d faktor resiko hilangnya integritas tulang (<i>fraktur</i>), <i>fragmen</i> tulang.	<p><i>Bone Healing</i></p> <p>1) Menjaga stabilisasi dan keselarasan <i>fraktur</i>.</p> <p>2) Menampilkan pembentukan <i>kalus/</i> mulai penyatuan <i>fraktur</i> ditempat yang sesuai</p> <p><i>Risk Control</i></p> <p>1) Menunjukkan mekanika tubuh yang meningkatkan stabilitas didaerah <i>fraktur</i></p>	<p>1.1 <i>Positioning</i></p> <p>1.1.1 Anjurkan bedrest dengan memberikan penyangga saat mencoba menggerakkan bagian <i>fraktur</i>.</p> <p>1.2 <i>Cast Care : West</i></p> <p>1.2.1 Beri sanggahan pada <i>fraktur</i> dengan bantal, pertahankan posisi netral dengan menahan bagian</p>	<p>1.1.1 Meningkatkan kemampuan, mereduksi kemungkinan pengobatan.</p> <p>1.2.1 Mencegah gerakan yang tidak perlu dan ganggaun pada <i>aligment</i>. Penempatan bantal yang tepat dapat</p>

			<p><i>fraktur</i> dengan bantalan pasir, bidai, <i>trochanterroll</i> , papan kaki.</p> <p>1.3 <i>Traction</i></p> <p>1.3.1 Evaluasi pergerakan bidai untuk menghindari <i>edema</i>.</p> <p>1.3.2 pertahankan posisi dan <i>integritas</i> dari <i>traksi</i>.</p>	<p>mencegah penekanan sehingga menghindari <i>deformitas</i> pada gips.</p> <p>1.3.1 Bidai mungkin digunakan untuk memberikan <i>imobilisasi</i> pada <i>fraktur</i> dan untuk mencegah terjadinya bengkak pada jaringan. <i>Edema</i> akan hilang dengan pemberian bidai.</p> <p>1.3.2 Tarikan pada <i>traksi</i> dilakukan pada tulang panjang yang <i>fraktur</i> dan</p>
--	--	--	---	--

2.	Nyeri b/d agen	Paint level	<p>1.3.3 Pastikan bahwa semua <i>klem/</i> penjepit berfungsi. Minyak kontrol dan cek tali.</p> <p>1.3.4 Cek kembali pembatasan terapi yang diberikan.</p> <p>1.3.5 <i>Follow up</i> pemeriksaan <i>X-Ray</i>.</p> <p>2.1 <i>Paint Management</i></p>	<p>kemudian menjadikan otot tegang sehingga memudahkan <i>alignment</i>.</p> <p>1.3.3 Menjamin traksi dapat dipergunakan dan menghindari gangguan <i>fraktur</i>.</p> <p>1.3.4 Menjaga integritas tarikan pada <i>traksi</i>.</p> <p>1.3.5 Mengetahui proses tumbuhnya <i>callus</i> untuk menentukan tingkat aktivitas dan memerlukan perubahan atau tambahan terapi.</p>
----	----------------	-------------	---	--

	cedera fisik (trauma jaringan lunak)	1) Menyatakan <i>nyeri</i> secara <i>verbal</i>	2.1.1 Lakukan <i>imobilisasi</i> (<i>bedrest, gips, bidai, traksi</i>).	2.1.1 Mengurangi <i>nyeri</i> dan mencegah perubahan posisi tulangnya serta luka pada jaringan.
		2) menampilkan cara yang santai	2.1.3 Tinggikan dan sangga daerah luka.	2.1.3 Meningkatkan aliran vena, mengurangi <i>nyeri</i> .
		3) Mampu berpartisipasi dalam kegiatan	2.1.4 Hindari penggunaan spreng plastik/ bantal dibawah <i>gips</i> .	2.1.4 Menyebabkan rasa tidak nyaman karena menambah panas pada <i>gips</i> .
		4) Tidur dan istirahat dengan tepat	2.1.5 Evaluasi rasa <i>nyeri</i> lokasi dan karakteristik termasuk <i>intensitas</i> (skala 0-10). Perhatikan juga rasa <i>nyeri</i> non verbal (periksa <i>tanda vital</i> dan emosi/ tingkah laku).	2.1.5 Monitor keefektifan intervensi, tingkatkan kecemasan dapat menunjukkan reaksi dari <i>nyeri</i> .
		<i>Pain Control</i>		
		1) Menunjukkan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas hibur		
		2) Seperti yang diindikasikan untuk situasi individu		

			2.1.6 Diskusikan masalah yang berhubungan dengan <i>injury</i> .	2.1.6 Membantu mengurangi cemas.
			2.1.7 Terangkan prosedur sebelum dimulai.	2.1.7 Mengizinkan pasien untuk mempersiapkan mental agar dapat berpartisipasi dalam aktivitas.
			2.1.8 Beri pengobatan sesuai sebelum melakukan aktivitas perawatan.	2.1.8 Meningkatkan relaksasi otot agar dapat berpartisipasi.
			2.1.9 Lakukan latihan <i>range of motion</i> .	2.1.9 Mempertahankan kemampuan otot dan menghindari pembengkakan pada jaringan yang luka
			2.1.10 Lakukan	

3.	Resiko ketidakefektipan perfusi jaringan perifer b/d pengurangan aliran darah, cedera langsung vaskuler, trauma jaringan,	<p><i>Tissue Perfusion</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan perfusi jaringan sebagaimana dibuktikan oleh teraba hangat. 2) Kulit kering 3) Sensasi normal 4) Sensorium biasa 5) Tanda Vital stabil 	<p>tindakan untuk meningkatkan rasa nyaman dengan <i>masase</i>, perubahan posisi.</p> <p>2.1.11 Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi (latihan napas dalam</p> <p>3.1 <i>Circulatory Precautions.</i></p> <p>3.1.1 Lepas perhiasan pada daerah yang mengalami gangguan.</p> <p>3.1.2 Evaluasi keadaan/kualitas dari <i>pulsasi perifer distal</i> yang luka</p>	<p>2.1.10 Memperbaiki struktur umum, mengurangi tekanan pada suatu tempat dan kelelahan otot.</p> <p>2.1.11 Meningkatkan <i>sense of control</i> dan mungkin dapat meningkatkan kemampuan mengurangi rasa nyeri.</p> <p>3.1.1 Dapat membatasi bilas terjadi <i>edema</i>.</p> <p>3.1.2 Berkurangnya atau tidak <i>pulsasi</i> menggambarkan adanya</p>
----	---	---	---	--

	<p><i>edema</i> berlebihan, adanya <i>thrombus</i>, <i>hipovolemik</i>.</p>	<p>6) <i>Output urin</i> yang memadai untuk situasi individu.</p>	<p>melalui <i>palpasi</i>. Bandingkan dengan sisi yang normal.</p>	<p>pembuluh darah yang luka dan memerlukan evaluasi status <i>sirkulasi</i> yang segera, perlu didasari bahwa kadang-kadang <i>pulsasi</i> dapat teraba walaupun <i>sirkulasi</i> terhambat oleh sumbatan kecil. Sebagai tambahan, <i>perfusi</i> melalui <i>arteri</i> yang besar dapat berlanjut setelah menambah tekanan dari <i>sirkulasi arteriol/venol</i>.</p>
			<p>3.1.3 kaji</p>	

			<p>kembalinya <i>kapiler</i>, warna kulit dan kehangatan bagian distal dari <i>fraktur</i>.</p>	<p>3.1.3 kembalinya warna dengan cepat (3-5) detik putih. Kulit yang dingin.</p>
			<p>3.1.4 Kaji status <i>neuromaskular</i>, catat perubahan <i>motorik</i>. Tanyakan kepada pasien lokasi <i>nyeri</i>/ tidak nyaman.</p>	<p>3.1.4 menandakan lemahnya aliran <i>arteri</i>. <i>Sianosis</i> menandakan lemahnya aliran vena. <i>Pulsasi perifer</i>, kembalinya <i>kapiler</i>, warna kulit dan rasa dapat normal terjadi dengan adanya <i>syndrome kompartemen</i> karena <i>sirkulasi</i> permukaan sering kali tidak sesuai.</p>
			<p>3.1.5 Tes sensasi syaraf</p>	<p>3.1.5 Lemahnya</p>

			<p><i>peroneal</i> dengan mencubit <i>dorsal</i> diantara jari kaki pertama dan kedua. Kaji kemampuan <i>dorsofleksi</i> jari-jari kaki.</p> <p>3.1.6 Monitor posisi/ lokasi <i>ring</i> penyanggan bidai.</p>	<p>rasa, kebal, meningkatnya/ penyebaran rasa sakit terjadi ketika sirkulasi ke saraf tidak adekuat atau adanya trauma pada saraf.</p> <p>3.1.6 Panjang dan posisi saraf <i>peroneal</i> meningkatkan resiko terjadinya <i>injury fraktur</i> di kaki, <i>edema/ sindrom kompartemen</i> atau <i>malposisi</i> dari peralatan traksi.</p>
			<p>3.1.7 Pertahankan elevasi dari <i>ekstremitas</i> yang cedera jika tidak kontraindika</p>	<p>3.1.7 Peralatan traksi dapat menekan pembuluh darah atau</p>

4.	Resiko gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran <i>alveolar kongesti.kapiler</i> , perubahan aliran darah, darah atau lemak <i>emboli</i> , <i>edema</i> paru,	<p><i>Respiratory Monitoring : gas exchange</i></p> <p>1) Mempertahankan fungsi pernafasan yang memadai</p> <p>2) Sebagaimana dibuktikan oleh tidak adanya dispnea atau sianosis.</p> <p>3) Laju pernafasan dari ga darah <i>arteri</i> (GDA) berada dalam kisaran normal pasien.</p>	<p>si dengan adanya <i>kompartmente n sindrom</i>.</p> <p>4.1 <i>Respiratory Monitoring</i></p> <p>4.1.1 Kaji frekuensi pernafasan, perhatikan adanya penggunaan otot bantu dan retraksi dinding dada.</p> <p>4.1.2 <i>Auskultasi</i> bunyi nafas.</p> <p>4.1.3 Anjurkan pasien untuk relaksasi nafa dalam.</p> <p>4.1.4 Observasi</p>	<p>syaraf, khususnya di <i>aksila</i> atau daerah selangkang, menyebabkan <i>iskemik</i> dan luka permanen.</p> <p>4.1.1 Takipnea, dispnea dan perubahan dalam mental dan tanda dini <i>infusiensi</i> pernafasan dan mungkin hanya indikator terjadinya.</p> <p>4.1.2 Perhatikan dalam bunyi <i>auskultasi</i> menunjukkan terjadinya komplikasi pernafasan.</p> <p>4.1.3 Meningkatkan ventilasi <i>alveolar</i> dan perfusi.</p>
----	---	---	--	--

5.	Kerusakan mobilitas fisik b/d gangguan neuromaskular, nyeri atau ketidaknyamanan, imobilisasi membatasi terapi tungkai, imobilitas psikologis.	<p><i>Mobility</i></p> <p>1) Mengembalikan dan mempertahankan mobilitas pada tingkat tertinggi</p> <p>2) Mempertahankan posisi fungsi</p> <p>3) Meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena dampak dan kompensasi</p>	<p>sputum untuk tanda adanya darah.</p> <p>4.1.5 Inspeksi kulit untuk petekie diatas garis putting pada aksila.</p> <p>4.1.6 Kolaborasi pemberian oksigen bila diindikasikan</p> <p><i>Bed rest care</i></p> <p>5.1.1 Kaji derajat mobilisasi yang dihasilkan oleh cedera setiap hari.</p> <p>5.1.2 Bantu aktivitas</p>	<p>4.1.4 Hemodialisa dapat terjadi dengan emboli paru.</p> <p>4.1.5 Tanda emboli lemak yang tampak dalam 2-3 setelah cedera.</p> <p>4.1.6 Meningkatkan sediaan oksigen untuk oksigenasi optimal jaringan.</p> <p>5.1.1 pasien mungkin dibatasi oleh pandangan diri/ persepsi sendiri tentang ketebatasan fisik aktual, memerlukan intervensi untuk meningkatkan kemajuan kesehatan.</p>
----	--	--	---	---

		<p>4) Menunjukkan teknik yang memungkinkan kembalinya aktivitas</p>	<p>pasien.</p> <p>5.1.3 Instruksikan pasien atau bantu dengan latihan ROM pasif/ aktif pada ekstremitas yang sakit dan tidak sakit.</p> <p>5.1.4 Bantu mobilitas melalui kursi roda, walker, kruk, dan tongkat sesegera mungkin, menginstruksikan dalam penggunaan yang aman dari alat bantu mobilitas.</p>	<p>5.1.2 Kebutuhan pasien tetap terpenuhi.</p> <p>5.1.3 Meningkatkan aliran darah ke otot dan tulang untuk meningkatkan tonus otot, mencegah atrofi dan mempertahankan gerakan sendi.</p> <p>5.1.4 Mobilitas awal mengurangi komplikasi bedrest, seperti flebitis, dan mempromosikan penyembuhan dan normalisasi fungsi organ.</p>
6.	Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan b/d cedera tusuk,	<p><i>Tissue Integrity: Skin & Mucous Membrane</i></p> <p>1) Mengungkapkan kata-kata</p>	<p>6.1 <i>Skin Surveillance</i></p> <p>6.1.1 Kaji keadaan kulit, kemerahan, perdarahan, perubahan</p>	<p>6.1.1 Memberikan informasi gangguan sirkulasi kulit</p>

	<p><i>fraktur</i> majemuk, bedah perbaikan, penyisipan pin traksi, kabel, sensasi diubah, sirkulasi, akumulasi, ekstresi dan sekresi, imobilisasi fisik.</p>	<p>bantuan ketidaknyamanan</p> <p>2) Menunjukkan perilaku atau teknik untuk mencegah kerusakan kulit dan fasilitas penyembuhan, seperti ditunjukkan</p> <p>3) Mencapai luka tepat waktu atau penyembuhan lesi, jika ada.</p>	<p>warna dan rasa nyeri.</p> <p>6.1.2 Masase kulit dan tempat yang menonjol, menjaga alat tenun tetap kering, memberikan alas yang lembut pada siku dan tumit.</p> <p>6.1.3 Rubah posisi selang-seling sesuai indikasi.</p> <p>6.1.4 Hilangkan traksi kulit setiap 24 jam, memeriksa dan memberikan perawatan</p>	<p>dan masalah-masalah yang mungkin disebabkan oleh traksi, terbentuknya edema.</p> <p>6.1.2 mengurangi penekanan pada daerah yang mudah terkena dan resiko untuk lecet dan luka.</p> <p>6.1.3 Mengurangi penekanan terus-menerus pada posisi tertentu</p> <p>6.1.4 Mempertahankan integritas kulit.</p>
--	--	--	---	--

7.	Resiko tinggi infeksi b/d pertahanan primer yang kurang memadai (kulit rusak), jaringan trauma, paparan lingkungan, prosedur invasif, traksi tulang.	<p><i>Infection Status</i></p> <p>1) Mencapai penyembuhan luka tepat waktu</p> <p>2) Bebas dari drainase purulen atau eritema dan demam.</p>	<p>kulit.</p> <p>6.1.5 Pakai bed matras/ air matras.</p> <p><i>7.1 Infection Prevention</i></p> <p>7.1.1 Inspeksi kulit untuk iritasi atau istirahat dalam kontinuu. Infeksi tulang.</p> <p>7.1.2 Instruksikan klien untuk tidak menyentuh daerah luka.</p> <p>7.1.3 Observasi luka untuk pembentukan bula, krepitasi, penunggu, perubahan</p>	<p>6.1.5 Mencegah perlukaan setiap anggota tubuh yang kurang gerak efektif dan untuk mencegah penurunan sirkulasi.</p> <p>7.1.1 pin atau kawat tidak harus dimasukkan melalui infeksi kulit, ruam atau lecet.</p> <p>7.1.2 Meminimalkan resiko terhadap kontaminasi.</p> <p>7.1.3 Tanda-tanda sugestif infeksi gas gangren.</p>
----	--	--	--	---

8.	<p>Kurang pengetahuan n/d kurang informasi tentang penatalaksanaan perawatan dirumah, kurangnya paparan, kesalahan</p>	<p><i>Knowledge : Treatment Regimen</i></p> <p>1) Menyatakan pemahaman tentang kondisi, prognosis, dan potensi komplikasi Benar melakukan prosedur yang diperlukan dan</p>	<p>warna kulit dan berbau drainase.</p> <p>7.1.4 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>7.1.5 Berikan perawatan luka sesuai indikasi dan latihan mencuci tangan.</p> <p>8.1 <i>Teaching : Disease Process</i></p> <p>3.1.1 Kaji ulang patologi, prognosis dan harapan masa depan.</p> <p>3.1.2 Kaji ulang pin yang tepat dan</p>	<p>7.1.4 Hipotensi dan kebingungan dapat dilihat dengan gas gangren, takikardia, menggigil, demam dan mengembankan sepsis.</p> <p>7.1.5 Dapat mencegah kontaminasi silang dan kemungkinan infeksi.</p> <p>8.1.1 Menyediakan basis pengetahuan dari mana pasien dapat membuat pilihan informasi.</p> <p>8.1.2 Mengurangi</p>
----	--	--	--	---

	interpretasi informasi, ketid akbiasaan dengansumber daya informasi.	menjelaskan alasan tindakan.	perawatan luka. 8.1.3 Dorong klien untuk melanjutkan latihan aktif untuk sendi diatas dan dibawah <i>fraktur</i> . 8.1.4Jelaskan pentingnya tindak lanjut klinis da terapi.	resiko tulang dan trauma jaringan dan infeksi, yang dapat berkembang osteomyelitis . 8.1.3 Mencegah kekakuan sendi, kontraktur, dan pengecilan otot, dengan meningkatnya, kembali aktivitas. 8.1.4 Penyembuhan fraktur mungkin membutuhkan waktu selama satu tahun untuk penyelesaian dan kerjasama pasien dengan regimen medis memfasilitasi seikat tepat
--	--	------------------------------	---	--

			8.1.5 Berikan penyuluhan tentang penyakit yang diderita	tulang. 8.1.5 Menambah pengetahuan pasien.
--	--	--	---	---

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien fraktur, menurut nanda NIC NOC tahun 2013, diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- c. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- d. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan defisiensi pengetahuan tentang faktor pemberat (mis imobilitas).
- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan tidak familiar dengan sumber informasi
- f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik.
- g. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan fraktur menurut NIC NOC (2013) adalah:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

NOC :

❖ *pain level*

❖ *Pain control*

❖ *Confort level*

Kriteria hasil :

- mampu mengontrol nyeri
- melaporkan nyeri berkurang dengan tehnik manajemen nyeri
- Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

NIC :*pain management*

1.1 Monitor TTV

1.2 Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam

1.3 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi

1.4 Gunakan tehnik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien

1.5 Evaluasi rasa nyeri lokasi dan karakteristik termasuk intensitas (skala 0–10). Perhatikan juga rasa nyeri non verbal (periksa tanda vital dan emosi / tingkah laku).

1.6 Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

1.7 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

1.8 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri

b. Ketidakefektifan perfusijaringan perifer berhubungan dengan imobilitas

NOC :

❖ *Circulation status*

❖ *Tissue Perfusion : cerebral*

Kriteria hasil :

- Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal
- Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial
- Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan

NIC : *Peripheral Sensation Management* (Manajemen sensasi perifer)

2.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas / dingin / tajam / tuumpul

2.2 Monitor adanya paretese

2.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi

2.4Gunakan sarung tangan untuk proteksi

2.5 batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

2.6 Kolaborasi pemberian analgetik

2.7 Monitor adanya tromboplebitis

2.7 Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

c. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan

NOC :

❖ *Activity intolerance*

❖ *Mobility : physical impaired*

❖ *Self care Deficit Hygiene*

Kriteria hasil :

- Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu
- Perawatan diri : mandi mampu untuk membersihkan tubuh sendiri nsecara mandiri dengan atau tanpa alat bantu

- Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi dengan atau tanpa alat bantu

NIC : *Self Care Assistance : Bathing / Hygiene*

3.1 Memfasilitasi mandi klien

3.2 Memantau kebersihan kuku klien

3.3 memantau integritas kulit klien

3.4 menggunakan lingkungan yang terapeutik dan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal

3.5 Memberikan baby oil

3.6 Memberikan bantuan pada klien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri

d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

NOC :

❖ *Joint Movement : Active*

❖ *Mobility Level*

❖ *Self care : ADLs*

❖ *Transfer performance*

Kriteria hasil :

- Klien meningkat dalam aktivitas fisik

- Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

NIC : *exercise therapy : ambulation*

4.1 Monitor TTV sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan

4.2 Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan

4.3 Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera

4.4 Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi

4.5 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

4.6 Dampingi dan bantu klien saat mobilisasi dan kebutuhan ADLs klien

4.7 Berikan alat bantu jika klien memerlukan

4.8 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik.

NOC :

❖ *Tissue integrity : Skin and Mucous Membranes*

❖ *Hemodialysis akses*

Kriteria hasil :

- Integritas kulit yang baik dapat dipertahankan
- Tidak ada luka atau lesi pada kulit
- Perfusi jaringan baik
- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembabab kulit dan perawatan alami

NIC : *Pressure Management*

5.1 Periksa kulit sekitar luka, kemerahan, perdarahan, perubahan warna kulit.

5.2 Anjurkan klien menggunakan pakaian yang longgar

5.3 Hindari kerutan pada tempat tidur

5.4 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering

5.5 Mobilisasi klien (ubah posisi klien) setiap dua jam sekali

5.6 Oleskan *lotion* atau minyak / baby oil pada daerah yang tertekan

5.7 Monitor aktivitas dan mobilisasi klien

f. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

NOC :

❖ *Immune Status*

❖ *Knowledge : Infection control*

❖ *Risk control*

Kriteria hasil :

- Klien bebas dari tanda-tanda infeksi
- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- Jumlah leukosit dalam batas normal

NIC : *Infection Control* (Kontrol infeksi)

6.1 Kaji ada tidaknya tanda-tanda infeksi tiap 8 jam

6.2 Rawat luka dengan menggunakan tehnik asepsis (GP)

6.3 Monitor tanda-tanda vital

6.4 Ubah posisi dengan sering

6.5 Anjurkan klien untuk menjaga balutan tetap bersih

6.6 Berikan obat antibiotik ssesuai kebutuhan

g. Resiko syok (Hipovolemik) berhubungan dengan infeksi

NOC :

❖ *Syok prevention*

❖ *Syok management*

Kriteria hasil :

- Nadi dalam batas yang diharapkan
- Irama jantung dalam batas yang diharapkan
- Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan
- Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan
- Natrium serum dalam batas normal
- Kalium serum dalam batas normal

- Klorida dalam batas normal

NIC :

- 7.1 Monitor status sirkulasi, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme , nadi perifer, dan kapeler refill
- 7.2 Monitor tanda tidak adekuat oksigenasi jaringan
- 7.3 Monitor suhu dan pernafasan
- 7.4 Pantau nilai laboratorium : HB, HT, AGD, elektrolit
- 7.5 Monitor tanda dan gejala asites
- 7.6 Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas
- 7.7 Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat

4. Pelaksanaan

Merupakan rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh keluarga pasien, perawat secara mandiri atau bekerjasama dengan tim kesehatan lain. Dalam hal ini perawat adalah sebagai pelaksana asuhan keperawatan yaitu memberikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.

Tindakan keperawatan (*implementasi*) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan

keperawatan dilakukan dan diselesaikan, *implementasi* mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan keperawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (potter & Perry 2006).

5. Evaluasi

Fase terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan.

Tujuan evaluasi adalah untuk memberikan umpan baik rencana keperawatan, menilai dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui perbandingan pelayanan keperawatan yang diberikan serta hailnya dengan standar yang telah ditentukan terlebih dahulu. ada dua komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan yaitu :

- a. Evaluasi proses atau format : fokus tipe evaluasi adalah aktivitas proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Sistem penulisan pada tahap ini bisa menggunakan sistem "SOAP".

1) *Subjek*

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui *anamnese*.

2) *Objek*

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik pasien, hasil lab, dan test *diagnostic* lain yang dirumuskan dalam data fokus dan untuk mendukung *assessment*.

3) *Assessment*

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi *subjektif* maupun *objektif* yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik *subjektif* maupun *objektif*, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

4) *Planning*

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang

sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu.

- b. Evaluasi hasil (*sumatif*) : fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan. Adapun metode pelaksanaan evaluasi sumatif terdiri dari interview akhir pelayanan, pertemuan akhir pelayanan, dan pertanyaan kepada pasien dan keluarga.

6. Dokumentasi

Menurut Deswani (2011) dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik profesional.

Dokumentasi perawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Setiadi,2012).

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	48
B. Diagnosa Keperawatan	63
C. Perencanaan	64
D. Pelaksanaan.....	67
E. Evaluasi.....	71

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	82
B. Diagnosa keperawatan.....	84
C. Perencanaan	86
D. Pelaksanaan.....	87
E. Evaluasi.....	88
F. Dokumentasi.....	89

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengkajian selama 3 hari di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dari tanggal 13 juni 2016 sampai denan 15 juni 2016 dan melakukan asuhan keperawatan pada bapak H dengan diagnosa *Close Fraktur Antebrachii 1/3 medial sinistra*. Maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada saat mengkaji pasien antara lain : pasien mengatakan ada luka lecet dibagian tangan sebelah kanan dan tangan kirinya patah, pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan nyeri sedang, skala nyeri nya 6 , pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan selama di RSUD Abdul Wahab Sjahranie aktivitas dibantu oleh istrinya, pasien mengatakan selama dua hari di RS belum mandi dan mengganti baju selama 2 hari. Dan didapatkan data antara lain : tekanan darah 130/ 90 mmHg, nadi 83x/ i, suhu tubuh 37,0 °C, RR 19x/ i , pasien tidak dapat mengangkat tangan kirinya, pasien meringis saat nyeri timbul, tangan kiri terpasang spalk, terdapat dua jahitan, luas 3 cm, terpasang elastis verban. Dan semua data yang diperlukan oleh penulis dapat diperoleh berkat adanya

kerja sama dan sikap terbuka pasien dan istri pasien serta dukungan dengan adanya catatan keperawatan dan catatan medis.

2. Diagnosa

Diagnosa yang ditemukan ada 4 yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, perawatan diri : mandi berhubungan dengan nyeri, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, risiko infeksi berhubungan dengan gangguan integritas kulit.

3. Perencanaan

Penyusunan rencana keperawatan pada Bapak H berdasarkan *Hierarki Maslow* dan kebutuhan pada pasien saat itu, serta dirumuskan secara sistematis berdasarkan rencana tindakan yang ada pada teori menurut *Dongoes 2010* dan sesuai dengan situasi dan kondisi pada saat itu yaitu tindakan yang dilakukan memberikan terapi farmakologi dan non farmakologi, observasi tanda-tanda vital, memantau integritas kulit pasien, memberikan bantuan pasien, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, ganti verban pasien.

4. Implementasi

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan kondisi mulai dari hari pertama sampai hari

terakhir. Pada saat implementasi tidak semua penulis lakukan dan tidak terdapat kendala dalam pelaksanaan intervensi, hal ini dikarenakan keterbatasan waktu dan masalah pasien yang belum dapat teratasi sampai akhir pelaksanaan asuhan keperawatan. Tindakan yang dapat terpenuhi selama tiga hari yaitu : mengobservasi TTV, Mengkaji skala nyeri, Mengkolaborasikan pemberian analgetik, mengganti verban, memantau integritas kulit, memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan, mengajarkan relaksasi nafas dalam. Dan pelaksanaan intervensi yang belum terpenuhi yaitu : berikan alat bantu jika pasien memerlukan, batasi pengunjung, menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.

5. Evaluasi

Dalam evaluasi tidak semua kriteria hasil evaluasi dapat teratasi sesuai dengan kondisi pasien serta keadaan saat itu. Dari 4 diagnosa keperawatan yang ada pada bapak H tidak terdapat diagnose yang dapat teratasi.

Pada pasien bapak H terdapat pula 3 diagnosa teratasi sebagian yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan mobiltas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, risiko infeksi berhubungan dengan gangguan integritas kulit.

6. Dokumentasi

Pendokumentasian seluruh asuhan keperawatan dilakukan dalam bentuk laporan.

B. Saran

1. Bagi Akademik

Menyediakan alat ujian yang memadai, agar semua tindakan dapat dilakukan sesuai teori dan mutu pelayanan kesehatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam hal meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka diharapkan bagi rumah sakit untuk dapat melengkapi segala fasilitas kesehatan yang dibutuhkan agar dapat dilaksanakan tanpa ada hambatan.

3. Bagi Perawat

Bagi perawat hendaknya meningkatkan kerjasama yang harmonis terhadap seluruh tim kesehatan, meningkatkan ilmu pengetahuan dan *skill* tindakan, sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan tanpa adanya hambatan.

4. Untuk Pasien dan Keluarga

Bagi pasien dan keluarga untuk dapat melaksanakan saran dan instruksi dari perawat dan dokter yang melakukan perawatan

terhadap penyakitan dan control ulang setelah dilakukan perawatan dirumah.

5. Untuk Mahasiswa

Diharapkan kepada mahasiswa untuk lebih aktif dalam mencari informasi dan ilmu kesehatan guna mendapatkan pengetahuan yang lebih dan dapat diterapkan pada saat praktek dan memudahkan dalam penyusunan tugas akhir.

DAFTAR PUSTAKA

Mansjoer, Arif (2008) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Jakarta : EGC

Depkes RI, (2011). *Profil Kesehatan Indonesia* Jakarta Kementrian Kesehatan RI

Thomas at all (2011) *Definition and Classaification of System Musculousceletal. United Kingdom : Mosby Elsevier*

Smeltzer & Bare, (2006) *Keperawatan Medikal Bedah (Edisi 8)* Jakarta : EGC

Brunner & Suddart (2010) *Textbook of Medical Surgical Nursing Twelfth Edition : Wolters Kluwer*

Price and Wilson (2006) *Pathofisiology : Clinic Consept of Disease Processes* Edisi 6 Jakarta : EGC

Andi (2012) *Penegrtian Fraktur Antebrachii* Jakarta : EGC

Putri (2012) *Pengertian Fraktur dan Fraktur Antebrachii* Jakarta : Salemba Medika

Nanda (2012) *Nursing Diagnoses : Definition & Classifications, Tenth Edition* : EGC

Hidayat (2010) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Nanda International (2007) *Nursing Diagnoses : Definition & Classifications*, Six Edition: EGC

Doenges E.Marilyn dkk (2010) *Diagnosa Keperawatan : Definisi & klasifikasi 2012-2014*. Jakarta : EGC

Potter & Perry (2006) *Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*, Edisi 4, volume 1 Jakarta : EGC

Hendra (2014) *Rencana Tindakan Keperawatan* Jakarta : EGC

Nanda NIC & NOC (2013) *Nursing The Series For Clinical Excellence*. Jakarta

Hidayat (2009) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* Jakarta : Salemba Medika

Deswani (2011) *Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Komprehensif*. Jakarta : Interna Publishing

Setiadi (2012) *Dokumentasi Keperawatan* jakarta : Salemba Medika