



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY.D
DENGAN FRAKTUR TIBIA DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

**DHEA TRIFENA LETTY (NS2114901038)
FABIOLA PAULA LENGKONG (NS2114901046)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY.D
DENGAN FRAKTUR TIBIA DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

**DHEA TRIFENA LETTY (NS2114901038)
FABIOLA PAULA LENGKONG (NS2114901046)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
DAN NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Dhea Trifena Letty (NS2114901038)
2. Fabiola Paula Lengkong (NS2114901046)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Juli 2022

yang menyatakan,



Dhea Trifena Letty



Fabiola Paula Lengkong

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

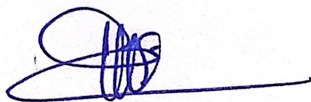
Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dengan Fraktur Tibia Pada NY.D di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Dhea Trifena Letty/NS2114901038
2. Fabiola Paula Lengkong/NS2114901046

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN)
NIDN: 0913058903

Pembimbing 2



(Wirmando, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0929089201

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201





HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Dhea Trifena Letty (NS2114901038)
2. Fabiola Paula Lengkong (NS2114901046)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.D
dengan Fraktur Tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah
Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN ()
Pembimbing 2 : Wirmando, Ns.,M.Kep ()
Penguji 1 : Sr. Anita Sampe, SJMJ.,Ns.,MAN ()
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 13 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes)
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

Nama :

1. Dhea Trifena Letty (NS2114901038)
2. Fabiola Paula Lengkong (NS2114901046)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Juli 2022

Yang menyatakan,



Dhea Trifena Letty



Fabiola Paula Lengkong

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.D dengan Fraktur Tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya tulis akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya tulis akhir.
3. Mathilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
7. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan karya tulis akhir.

8. Wirmando, Ns.,M.Kep selaku Pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
9. Sr. Anita Sampe, SJMJ.,Ns.,MAN selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
10. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
11. Segenap dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
12. Kepada para tenaga medis yang berada di ruang IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
13. Untuk kedua orang tua dan seluruh teman-teman seangkatan serta keluarga, sahabat di asrama dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
14. Untuk teman-teman mahasiswa Ners angkatan 2021/2022 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis akhir ini.

Makassar, 13 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	3
1. Tujuan umum	3
2. Tujuan khusus.....	3
C. Manfaat penulisan	4
1. Bagi rumah sakit	4
2. Bagi profesi keperawatan	4
3. Bagi institusi pendidikan.....	4
D. Metode penulisan	5
E. Sistematika penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar medis.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Anatomi fisiologi.....	6
3. Klasifikasi	10
4. Etiologi	13
5. Patofisiologi.....	13

6. Manifestasi klinik	14
7. Penatalaksanaan	15
8. Pemeriksaan penunjang.....	15
9. Komplikasi.....	19
B. Konsep dasar keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa keperawatan.....	23
3. Luaran dan Rencana keperawatan	24
4. Perencanaan pulang (<i>Discharge planning</i>).....	30
5. Patoflow diagram	32
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi kasus	35
B. Pengkajian	36
C. Diagnosa keperawatan.....	37
D. Perencanaan keperawatan.....	37
E. Implementasi dan evaluasi keperawatan	47
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan aspek.....	52
1. Pengkajian	52
2. Diagnosa keperawatan.....	53
3. Intervensi keperawatan	55
4. Implementasi keperawatan	55
5. Evaluasi keperawatan	55
B. Pembahasan penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN)	56
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	62
B. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tulang Tibia	7
Gambar 2.2 Fraktur Terbuka dan Tertutup	10
Gambar 2.3 Jenis-jenis Patah Tulang	11

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian	33
Tabel 3.2 Diagnosa keperawatan	33
Tabel 3.3 Rencana keperawatan	33
Tabel 3.4 Impelentasi keperawatan	44
Tabel 3.5 Evaluasi keperawatan	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar konsul Karya Tulis Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan akan tetapi memungkinkan juga semua orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (WHO, 2015).

Pelayanan gawat darurat merupakan bentuk pelayanan yang bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan penderita, mencegah kerusakan sebelum tindakan atau perawatan selanjutnya dan menyembuhkan penderita pada kondisi yang berguna bagi kehidupan. Karena sifat pelayanan gawat darurat yang cepat dan tepat, maka sering dimanfaatkan untuk memperoleh pelayanan pertolongan pertama dan bahkan pelayanan rawat jalan bagi penderita dan keluarga yang menginginkan pelayanan secara cepat (Parahita & Kurniyanta, 2020).

Salah satu masalah kegawatdaruratan medik adalah fraktur. Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit jantung koroner dan tuberculosis. Fraktur atau dikenal juga dengan patah tulang merupakan keadaan dimana terputusnya kontinuitas tulang yang umumnya disebabkan oleh karena tekanan yang berlebihan. Trauma yang menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung. Kematian paling sering terjadi 1- 4 jam pertama setelah trauma apabila tidak tertangani dengan baik (Kepel & Lengkong, 2020).

Pelayanan kegawatdaruratan yang dilakukan pada kasus fraktur adalah pembidaian yang merupakan tindakan keperawatan untuk mengistirahatkan (imobilisasi) bagian tubuh yang mengalami fraktur dengan menggunakan suatu alat yang bertujuan untuk mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri, mencegah gerakan

pada tulang yang dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak sekitarnya. Penanganan yang baik diperlukan untuk dapat mencegah kejadian cedera lebih berat pada sistem muskuloskeletal (Nurnaningsih *et al*, 2021).

Tujuan utama dalam penanganan kegawatdaruratan fraktur adalah untuk mempertahankan kehidupan pasien dan yang kedua adalah mempertahankan baik anatomi maupun fungsi ekstremitas seperti semula. Adapun beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penanganan fraktur yang tepat adalah survey primer yang meliputi *airway, breathing, circulation*, meminimalisir rasa nyeri, mencegah cedera iskemia reperfusi, menghilangkan dan mencegah sumber potensial kontaminasi. Kemudian pada survey primer saat ABC sudah aman, maka dapat diberikan penanganan awal imobilisasi bagi ekstremitas yang dicurigai fraktur, biasanya digunakan bidai sebagai imobilisasi awal yang sederhana. Setelah survey primer dilakukan survey sekunder yaitu pemeriksaan fisik lengkap, pemeriksaan radiologi, irigasi luka, dan pemberian analgetik dan antibiotik (Nurnaningsih *et al*, 2021).

Fraktur dapat menyebabkan kerusakan fragmen tulang dan mempengaruhi fungsi sistem muskuloskeletal yang berpengaruh pada toleransi aktivitas sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Salah satu kondisi kegawatdaruratan yang disebabkan oleh fraktur yaitu sindrom kompartemen yang dapat ditemukan pada tempat dimana otot dibatasi oleh rongga fasia yang tertutup. Iskemia dapat terjadi karena peningkatan isi kompartemen yang disebabkan tekanan dari luar misalkan balutan yang menekan. Tekanan intra kompartemen melebihi 35-45 mmHg menyebabkan penurunan aliran kapiler dan menimbulkan kerusakan otot dan saraf karena anoksia. Penatalaksanaan sindrom kompartemen meliputi pembukaan semua balutan yang menekan, gips, dan bidai. Pasien

harus diawasi dan diperiksa setiap 30-60 menit (Nurnaningsih *et al*, 2021).

Menurut *World Health Organization* (2018), banyaknya kasus fraktur disebabkan karena cedera. Fraktur yang terjadi di dunia kurang lebih 16.200.000 orang pada tahun 2015, dengan persentase 4,7%. Sementara itu pada tahun 2016 terdapat kurang lebih 18.000.000 orang dengan persentase 5,2%. Tahun 2017 mengalami peningkatan menjadi 21.000.000 orang dengan persentase 6,5%.

Menurut hasil riset riskesdas tahun 2018, di Indonesia kejadian fraktur sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dengan jumlah penduduk 238 juta jiwa, merupakan terbesar di Asia Tenggara. Didapatkan 25% penderita fraktur mengalami kematian, 45% mengalami cacat fisik, dan 15% mengalami stress psikologi, 10% mengalami kesembuhan dengan baik. Fraktur yang terjadi karena cedera jatuh, kecelakaan lalu lintas, dan trauma tajam atau tumpul ada sebanyak 45.980 orang. Peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.755 orang atau 3,8%, kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.800 kasus dan yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang atau 8,5%, dari 14.127 kasus trauma benda tajam atau tumpul yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang atau 1,7%. Dari jumlah kecelakaan yang terjadi paling banyak orang mengalami fraktur bagian ekstremitas bawah yaitu sebesar 65,2%.

Mengingat sangat pentingnya pengumpulan data atau informasi yang mendasar pada kasus gawat darurat, maka setiap perawat gawat darurat harus berkompetensi dalam melakukan pengkajian gawat darurat, menentukan diagnosa keperawatan gawat darurat yang mungkin muncul, menyusun rencana keperawatan gawat darurat, tindakan keperawatan gawat darurat dan mengimplementasikan rencana keperawatan gawat darurat tersebut serta mengevaluasi hasil dari implementasi tersebut.

Berdasarkan prevalensi tingginya angka kejadian trauma dan kegawatdaruratan patah tulang pada ekstremitas bawah serta buruknya komplikasi yang akan dialami oleh pasien apabila kejadian ini tidak ditangani dengan baik, maka penulis berkeinginan untuk melakukan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis fraktur tibia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian gawat darurat pada pasien yang mengalami fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit fraktur tibia.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan fraktur tibia.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi / bacaan serta acuan dibagian sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur tibia.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah :

1. Studi kepustakaan

Mengambil beberapa literatur sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai fraktur tibia.

2. Studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung meliputi pengkajian keperawatan, penyusunan diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, mengimplementasikan tindakan keperawatan serta mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan fraktur tibia di Instalasi Gawat Darurat RS Stella Maris Makassar. Data-data pendukung lainnya didapatkan dengan hasil wawancara secara langsung dengan keluarga

pasien dan diskusi dengan perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat RS Stella Maris Makassar.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini dimulai dengan Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflow diagram, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada juga konsep dasar keperawatan dan diakhiri dengan *discharge planning*. Pada Bab III terdapat pengamatan kasus yang berisikan mengenai ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV berisi tentang pembahasan kasus dan Bab V yang berisi tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan Karya Ilmiah Akhir ini. Dan pada akhir Bab I sampai Bab IV dilampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Fraktur merupakan suatu patahan pada kontinuitas struktur jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh trauma, baik trauma langsung ataupun tidak langsung (Manurung, 2018).

Fraktur terjadi apabila tulang terkena stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan punter mendadak dan bahkan kontraksi otot ekstrem (Krisdiyana, 2019).

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa. Trauma yang dapat menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung atau non trauma (Ramadhian & Jaelani, 2019).

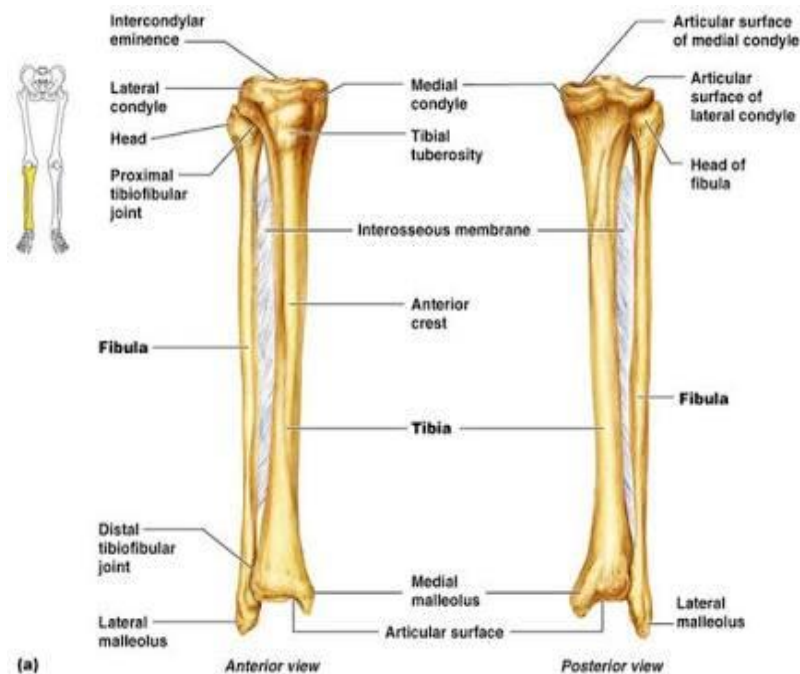
Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang, retak ataupun patahnya tulang secara utuh yang disebabkan oleh trauma/ruda paksa ataupun non trauma.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Tulang Tibia

Menurut Buyanov (2020) tulang tibia merupakan tulang yang terletak pada tungkai bawah. Tulang tibia merupakan tulang terbesar kedua di tubuh yang terletak dibagian depan kaki. Tibia dikenal dengan sebutan tulang kering. Tibia dan fibula menghubungkan pergelangan kaki ke lutut. Permukaan artikular

pada tulang tibia jauh lebih padat dan lebih halus dari artikular lainnya. Tulang tibia terdiri dari dua bagian yakni proksimalis medialis dan epifisis distalis.



Gambar 2.1

Tulang tibia (Suriya & Zuriati, 2019)

Epifisis proksimalis terdiri dari 2 bulatan yaitu *condylus medialis* dan *condylus lateralis*.

1) Proksimal Tibia

Proksimal tibia terdiri dari beberapa fitur yang membedakan. Dataran tinggi tulang tibia terletak pada permukaan proksimal tulang tibia. Terdiri dari dua permukaan artikulasi, *condylus medialis* dan *lateral medialis*. Keduanya terhubung pada tulang femur. Setiap *condylus medialis* mempunyai kesamaan yang ditandai dengan pusat cembung dan pipih pinggiran. *Condylus medialis* mempunyai bentuk seperti telur bulat.

2) Distal Tibia

Ujung distal tulang tibia mempunyai bentuk segi empat. Terdiri dari *malleolus medialis* yang membedakan dan memanjang bagian inferior. Permukaan ini dengan tonjolan mempunyai ujung distal yang lebih besar dari poros. *Malleolus medialis* mempunyai perpanjangan tebal dari permukaan media poros. Permukaan posterior poros terbagi menjadi dua permukaan sehingga memiliki bentuk empat sisi ujung distal. Permukaan posterior dan lateral mempunyai alur miring yang terletak pada tepi medial dari permukaan posterior. *Fibular notch* membentuk seluruh permukaan lateral ujung distal. *Fibular notch* merupakan bagian inferior dari ujung permukaan artikular yang menciptakan sambungan yang berlanjut pada dinding lateral *malleolus medialis*.

b. Fisiologi Tulang

Fisiologi tulang menurut Sunardi *et all.* (2020) yaitu :

1) Membentuk rangka tubuh

Tulang-tulang membentuk rangka tubuh yang menentukan bentuk dan ukuran tubuh. Tulang-tulang menyokong struktur-struktur tubuh yang lain.

2) Fungsi mekanik yaitu untuk gerakan dan melekatnya otot

3) Perlekatan otot-otot

Tulang-tulang menyediakan permukaannya untuk tempat lekat otot-otot, tendon dan ligament.

4) Proteksi/ melindungi organ-organ vital

Tulang-tulang membentuk rongga-rongga yang mengandung dan melindungi struktur-struktur yang halus seperti otak, medulla spinalis, jantung, paru-paru dan bagian-bagian dalam tubuh.

5) Haemopoesis

Sumsum tulang merupakan tempat pembentukan sel-sel darah.

6) Fungsi-fungsi imunologis

Limfosit B dan makrofag dibentuk dalam sistem retikuloendothelial sumsum tulang. Limfosit B diubah menjadi sel-sel plasma membentuk antibodi-antibodi guna keperluan kekebalan kimiawi, sedangkan makrofag-makrofag merupakan phagositik.

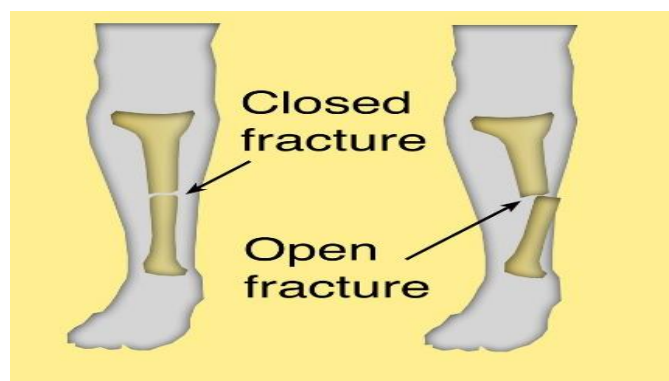
7) Sebagai cadangan penyimpanan kalsium dan fosfat

Tulang-tulang mengandung 97% kalsium yang terdapat ditubuh baik dalam bentuk anorganik maupun garam-garam terutama kalsium fosfat. Selain itu sejumlah besar fosfor juga disimpan. Kalsium dilepaskan ke darah bila dibutuhkan.

3. Klasifikasi Fraktur

Klasifikasi fraktur menurut Suriya & Zuriati (2019) yaitu:

a. Berdasarkan sifat fraktur



Gambar 2.2

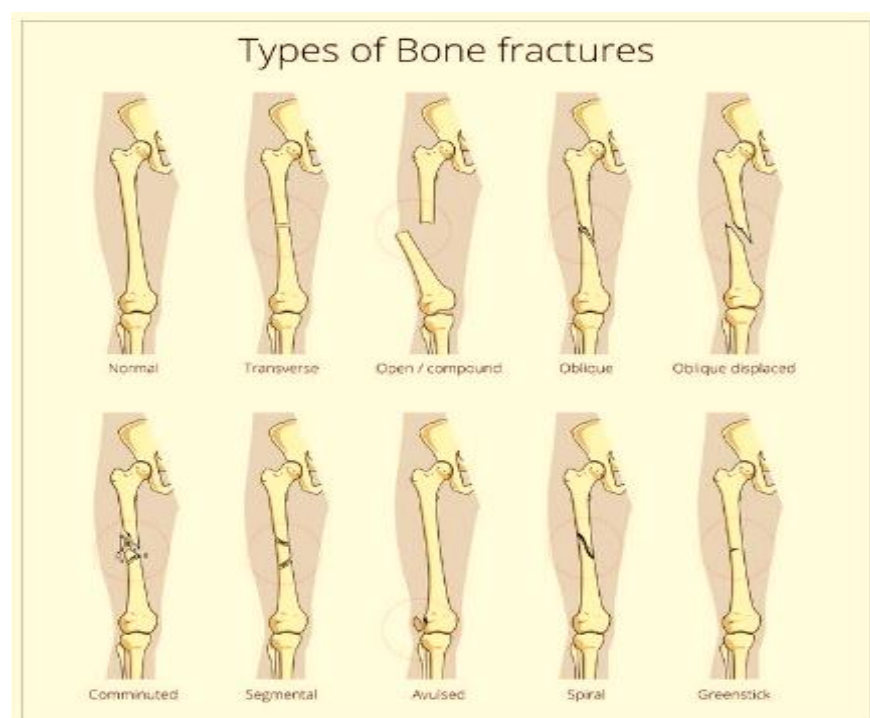
Fraktur terbuka dan tertutup (Suriya & Zuriati, 2019)

- 1) Fraktur tertutup (*Closed*), bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar, disebut juga 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 lunak subkutan.
 - c) Tingkat 2: fraktur yang lebih berat dengan kontusio jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindrom kompartemen.
- 2) Fraktur terbuka (*Open/Compound*), bila terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan kulit.
- a) Grade I: dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya, kerusakan jaringan lunak minimal, biasanya tipe fraktur *simpletransverse* dan fraktur oblik pendek.
 - b) Grade II: luka lebih dari 1 cm panjangnya, tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, fraktur komunitif sedang dan ada kontaminasi.
 - c) Grade III: yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak yang ekstensif, kerusakan meliputi otot, kulit dan struktur neurovaskuler. Grade III terbagi terbagi lagi kedalam :
 - (1) Grade III A: fraktur grade III, tapi tidak membutuhkan kulit untuk penutup lukanya.
 - (2) Grade III B: fraktur grade III, hilangnya jaringan lunak, sehingga tampak jaringan tulang, dan membutuhkan kulit untuk penutup (*skin graft*).
 - (3) Grade III C: fraktur grade III, dengan kerusakan arteri yang harus diperbaiki, dan beresiko untuk dilakukan amputasi.

- b. Berdasarkan komplrit atau ketidak komplitan fraktur
- 1) Fraktur komplrit, bila garis patah melalui seluruh penampang tulang atau melalui kedua korteks tulang seperti terlihat pada foto.
 - 2) Fraktur inkomplit, bila garis patah tidak melalui seluruh penampang tulang seperti :
 - a) *Hair line fracture* (patah retak rambut). Hal ini disebabkan oleh *stress* yang tidak biasa atau berulang-ulang dan juga karena berat badan terus menerus pada pergelangan kaki.
 - b) *Buckle* atau *torus fracture*, bila terjadi lipatan dari satu korteks dengan kompresi tulang *spongiosa* dibawahnya.
 - c) *Green stick fracture*, mengenai satu korteks dengan *angulasi korteks* lainnya yang terjadi pada tulang panjang.
- c. Berdasarkan bentuk garis patah dan hubungannya dengan mekanisme trauma:



Gambar 2.3

Jenis-jenis patah tulang (Suriya & Zuriati, 2019)

- 1) Fraktur *transversal*: fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma angulasi atau langsung.
 - 2) Fraktur *oblik*: Fraktur yang arah garis patahannya membentuk sudut terhadap sumbu tulang dan merupakan akibat trauma angulasi juga.
 - 3) Fraktur *spiral*: Fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral yang disebabkan trauma rotasi.
 - 4) Fraktur kompresi: Fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang arah permukaan lain.
 - 5) Fraktur *avulsi*: Fraktur yang diakibatkan karena trauma tarikan atau traksi otot pada insersinya pada tulang
- d. Berdasarkan jumlah garis patah
- 1) Fraktur komunitif: Fraktur dimana garis patah lebih dari satu dan saling berhubungan.
 - 2) Fraktur segmental: Fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak berhubungan
 - 3) Fraktur multiple: Fraktur dimana garis patah lebih dari satu tapi tidak pada tulang yang sama.
- e. Berdasarkan pergeseran fragmen tulang
- 1) Fraktur *undisplaced* (tidak bergeser): garis patah lengkap tetapi kedua fragmen tidak bergeser dan masih utuh
 - 2) Fraktur *displaced* (bergeser): terjadi pergeseran fragmen tulang yang juga disebut lokasi fragmen, terbagi atas :
 - a) Dislokasi *ad longitudinam cum contraction* (pergeseran searah sumbu dan *overlapping*)
 - b) Dislokasi *ad axim* (pergeseran yang membentuk sudut)
 - c) Dislokasi *ad latus* (pergeseran dimana kedua fragmen saling menjauh)

- f. Berdasarkan posisi fraktur
 - 1) 1/3 proksimal
 - 2) 1/3 medial
 - 3) 1/3 distal
- g. Fraktur kelelahan: fraktur akibat tekanan yang berulang-ulang
- h. Fraktur patologis: fraktur yang diakibatkan karena proses patologis tulang

4. Etiologi

Menurut Suriya & Zuriati (2019) hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya fraktur adalah:

- a. Cedera atau benturan
 - 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang dan kerusakan pada kulit di atasnya.
 - 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan terjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
 - 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.
- b. Fraktur patologik
Fraktur patologik terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor, kanker dan osteoporosis.
- c. Fraktur beban
Fraktur beban atau fraktur kelelahan terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka, seperti bari di terima dalam angkatan bersenjata atau orang-orang yang baru mulai latihan lari.

5. Patofisiologi

Ketika patah tulang, terjadi kerusakan di korteks, pembuluh darah, sumsum tulang dan jaringan lunak. Akibat dari hal tersebut terjadi perdarahan, kerusakan tulang dan jaringan sekitarnya. Keadaan ini menimbulkan hematoma pada kanal medulla antara tepi tulang bawah periostrium dengan jaringan tulang yang mengatasi fraktur.

Terjadinya respon inflamasi akibat sirkulasi jaringan nekrotik ditandai dengan fase vasodilatasi dari plasma dan leukosit, ketika terjadi kerusakan tulang, tubuh mulai melakukan proses penyembuhan untuk memperbaiki cedera, tahap ini menunjukkan tahap awal penyembuhan tulang.

Hematoma yang terbentuk bisa menyebabkan peningkatan tekanan dalam sumsum tulang yang kemudian merangsang pembebasan lemak dan gumpalan lemak tersebut masuk ke dalam pembuluh darah yang mensuplai organ-organ yang lain. Hematoma menyebabkan dilatasi kapiler di otot, sehingga meningkatkan tekanan kapiler, kemudian menstimulasi histamine pada otot yang iskemik dan menyebabkan protein plasma hilang dan masuk ke interstitial. Hal ini menyebabkan terjadinya edema. Edema yang terbentuk akan menekan ujung syaraf, yang bila berlangsung lama bisa menyebabkan sindrom kompartemen (Suriya & Zuriati, 2019).

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Suriya & Zuriati (2019) adalah sebagai berikut:

a. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan local dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi.

- b. Pembengkakan yaitu edema muncul sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasi darah ke jaringan sekitar.
- c. Memar (ekimosis) yaitu memar terjadi karena pendarahan subkutan pada lokasi yang mengalami fraktur.
- d. Nyeri
Nyeri secara terus menerus meningkat jika fraktur tidak dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan, atau cedera pada struktur sekitarnya.
- e. Ketegangan disebabkan oleh karena cedera yang terjadi
- f. Kehilangan fungsi
Terjadi karena nyeri yang disebabkan hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena. Kelumpuhan juga dapat terjadi dari cedera syaraf.
- g. Perubahan neurovaskuler
Terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskuler yang terkait. Klien dapat mengeluhkan rasa kebas, kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal dari fraktur.
- h. Gerakan abnormal dan krepitasi
Terjadi karena gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang menciptakan sensasi dan suara deritan.

7. Tes Diagnostik

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur menurut Asrawati (2021) adalah sebagai berikut:

- a. Sinar X/ pemeriksaan rontgen
Menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur. Sinar X memberikan gambaran struktur padat, seperti tulang. Rontgen dilakukan dari sejumlah sudut yang berbeda untuk mencari fraktur dan untuk

melihat keselarasan tulang. Meskipun jarang, seseorang mungkin dilahirkan dengan tulang ekstra di patela yang belum tumbuh bersama. Kondisi ini disebut patella bipartite dan dapat disalahartikan sebagai fraktur. Sinar X akan membantu mengidentifikasi patela bipartit.

b. Scan tulang, scan CT/MRI

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

c. Hitung darah lengkap

Hitung darah mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multiple. Peningkatan sel darah putih adalah respon stress normal setelah trauma.

d. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

e. Profil kagulasi

Perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati.

f. Pemeriksaan fisik

Tepi-tepi fraktur sering dapat dirasakan melalui kulit, terutama jika fraktur tersebut tergeser. Selama pemeriksaan, akan diperiksa apakah terjadi *hemarthrosis*. Dalam kondisi ini, darah dari ujung tulang yang patah terkumpul di dalam ruang sendi, menyebabkan pembengkakan yang menyakitkan. Jika terdapat banyak darah di lutut, maka harus dikeringkan untuk membantu meringankan rasa sakit.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah menurut Asrawati (2021) adalah sebagai berikut:

a. Fraktur terbuka

Adalah kasus emergency karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8 jam (golden period). Kuman belum terlalu jauh dan dilakukan pembersihan luka, *exici, heacting situasi, antibiotic*.

Ada beberapa prinsipnya yaitu :

- 1) Harus ditegakkan dan ditangani terlebih dahulu akibat trauma yang membahayakan jika airway, breathing dan circulation.
- 2) Semua patah tulang terbuka adalah kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang meliputi pembidaian, menghentikan perdarahan dengan bidai, menghentikan perdarahan besar dengan klem.
- 3) Pemberian antibiotik
Mikroba yang ada dalam luka patah tulang terbuka sangat bervariasi tergantung dimana patah tulang terjadi. Pemberian antibiotik yang tepat sukar untuk ditentukan hanya saja sebagai pemikiran sadar. Sebaliknya antibiotik dengan spectrum luas untuk kuman gram positif maupun negatif
- 4) Debridemen dan irigasi sempurna
Debridemen untuk membuang semua jaringan mati pada daerah fraktur terbuka baik berupa benda asing maupun jaringan local yang mati. Irigasi untuk mengurangi kepadatan kuman dengan cara mencuci luka dengan larutan fisiologis dalam jumlah banyak baik dengan tekanan maupun tanpa tekanan.

5) Stabilisasi

Untuk penyembuhan luka dan tulang sangat diperlukan stabilisasi fragmen tulang, cara stabilisasi tulang tergantung derajat patah tulang terbukanya dan fasilitas yang ada. Pada derajat 1 dan 2 dapat dipertimbangkan pemasangan fiksasi dalam secara primer, untuk derajat 3 dianjurkan fiksasi luar. Stabilisasi ini harus sempurna agar dapat segera dilakukan langkah awal dari rehabilitasi pengguna.

6) *Life Saving*

Semua penderita patah tulang terbuka diingat sebagai penderita dengan kemungkinan besar mengalami cedera ditempat lain yang serius. Hal ini perlu ditekankan bahwa terjadinya patah tulang diperlukan gaya yang cukup kuat yang seringkali dapat berakibat total dan berakibat multi organ. Untuk *life saving* prinsip dasar yaitu airway, breathing, and circulation.

b. Seluruh fraktur

1) OREF (*Open Reduction and External Fixation*)

Penanganan intraoperative pada fraktur terbuka derajat III yaitu dengan cara reduksi terbuka diikuti fiksasi eksternal OREF sehingga diperoleh stabilisasi fraktur sekaligus menilai jaringan lunak sekitar dalam masa penyembuhan fraktur. Penanganan pasca operasi yaitu rawat luka dan pemberian antibiotik untuk mengurangi resiko infeksi, pemberian radiologic serial, darah lengkap serta rehabilitasi berupa latihan-latihan secara teratur dan bertahap sehingga ketiga tujuan utama penanganan fraktur bisa tercapai yaitu union (penyambungan tulang kembali secara sempurna), sembuh secara otomatis (penampakan fisik organ anggota gerak baik proporsional) dan sembuh secara fungsional

(tidak ada kekakuan dan hambatan lain dalam melakukan pergerakan)

2) ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*)

Orif adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi agar fragmen tulang menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi ini berupa *Intra Modullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transfer.

9. Komplikasi

Menurut Asrawati (2021) komplikasi fraktur yaitu sebagai berikut:

a. Pre operatif

1) Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan *emergency splinting*, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi dan pembedahan.

2) Kompartemen sindrom

Kompartemen sindrom merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh edema atau peredaran darah yang menekan otot, tulang, saraf dan pembuluh darah. Selain itu karena tekanan dari luar seperti gips dan pembebatan yang terlalu kuat.

3) *Fat embolism syndrome*

Komplikasi serius yang terjadi pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan *bone marrow* kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah yang ditandai

dengan gangguan pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea, dan demam.

4) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedik infeksi dimulai pada kulit (*superficial*) dan masuk kedalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti *pin* dan *plat*.

5) *Avaskuler nekrosis*

AV terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman Ischemia*.

6) Shock

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi.

b. Post operatif

1) Infeksi

Infeksi merupakan komplikasi paling umum dari fraktur terbuka. Infeksi adalah hasil dari bakteri memasuki luka pada saat cedera. Infeksi dapat terjadi sejak awal selama penyembuhan atau jauh setelah luka dan patah telah sembuh. Infeksi tulang dapat menjadi kronis (*osteomyelitis*) dan menyebabkan operasi lebih lanjut.

2) Komplikasi pada tulang seperti penyembuhan fraktur yang tidak normal (*delayed union, mal union, non union*).

3) Komplikasi pada otot seperti atrofi otot dan ruptur tendon lanjut

4) Komplikasi pada syaraf seperti *tardy nerve palsy* yaitu saraf menebal akibat adanya fibrosis intraneural.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Krisanty *et al*, (2016) setelah pasien sampai di Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang pertama kali harus dilakukan adalah mengamankan dan mengaplikasikan prinsip *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* (ABCDE).

a. Primary Survey

1) *Airway*

Penilaian kelancaran airway pada pasien yang mengalami fraktur meliputi, pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas yang dapat disebabkan benda asing, fraktur wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur laring atau trachea. Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus melindungi vertebral servikal karena kemungkinan patahnya tulang servikal harus selalu diperhitungkan. Dalam hal ini dapat dilakukan chin lift, tetapi tidak boleh melibatkan hiperektensi leher.

2) *Breathing*

Setelah melakukan airway kita harus menjamin ventilasi yang baik. Jalan nafas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbondioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma. Dada klien harus dibuka untuk melihat pernafasan yang baik. Auskultasi dilakukan untuk memastikan masuknya udara ke dalam paru. Perkusi dilakukan untuk menilai adanya udara atau darah dalam rongga pleura. Inspeksi dan palpasi dapat mengetahui kelainan dinding dada yang mungkin mengganggu ventilasi. Evaluasi kesulitan

pernafasan karena edema pada klien cedera wajah dan leher.

3) *Circulation*

Kontrol perdarahan vena dengan menekan langsung sisi area perdarahan bersamaan dengan tekanan jari pada arteri paling dekat dengan perdarahan. Curiga hemoragi internal (pleural, parasardial, atau abdomen) pada kejadian syok lanjut dan adanya cedera pada dada dan abdomen. Atasi syok, dimana pasien dengan fraktur biasanya mengalami kehilangan darah. Kaji tanda- tanda syok yaitu penurunan tekanan darah, kulit dingin, lembab dan nadi halus.

4) *Disability*

Dievaluasi keadaan neurologisnya secara cepat, yaitu tingkat kesadaran ukuran dan reaksi pupil. Penurunan kesadaran dapat disebabkan penurunan oksigen atau penurunan perfusi ke otak atau perlukaan pada otak. Perubahan kesadaran menurun dilakukan pemeriksaan keadaan ventilasi dan oksigenasi.

5) *Exposure*

Pakaian klien harus dibuka keseluruhan pakaiannya, untuk mengevaluasi keadaan fisik pasien. Pakaian dibuka untuk mengetahui adanya nyeri atau kelainan dalam pemeriksaan *head to toe*. Penting agar klien tidak kedinginan, harus diberikan selimut hangat.

Pengkajian nyeri :

- a) *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- b) *Quality of pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk

- c) *Region : Radiation, relief* : Apakah rasa sakit bisa redah, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi
- d) *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

b. Secondary Survey

Pengkajian secondary survey pada fraktur menurut Krisanty *et all*, (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji riwayat trauma, mengetahui riwayat trauma, karena penampilan luka kadang tidak sesuai dengan parahny cidera, jika ada saksi seseorang dapat menceritakan kejadiannya sementara petugas melakukan pemeriksaan klien.
- 2) Kaji seluruh tubuh dengan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki secara sistematis, inspeksi adanya laserasi bengkak dan deformitas.
- 3) Kaji kemungkinan adanya fraktur multiple, kaji adanya nyeri pada area fraktur dan dislokasi, kaji adanya krepitasi pada area fraktur, kaji adanya perdarahan dan syok terutama pada fraktur pelvis dan femur.
- 4) Kaji adanya sindrom kompartemen, fraktur terbuka, fraktur tertutup dapat menyebabkan perdarahan atau hematoma pada daerah yang tertutup sehingga menyebabkan penekanan saraf.
- 5) Kaji Tanda-tanda vital berkelanjutan.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur integritas tulang
- d. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan perubahan faktor mekanis
- e. Risiko Syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan.

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Gelisah cukup menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik
- 5) Tekanan darah membaik

Manajemen Nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional :

Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional:

Mengetahui skala nyeri pasien.

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat & meringankan nyeri

Rasional:

Untuk meminimalisir nyeri yang dirasakan.

Teraupetik

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional:

Mengurangi tingkat nyeri pasien atau mengalihkan pasien dari rasa nyeri.

- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional:

Menurunkan reaksi terhadap stimulus dari luar dan meningkatkan istirahat atau relaksasi.

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional:

Meberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan.

- 2) Jelaskan strategis meredakan nyeri

Rasional:

Membantu klien mengurangi nyeri yang dirasakan.

- 3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Rasional:

Untuk meningkatkan relaksasi.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional:

Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang ada.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena.

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Denyut nadi perifer cukup meningkat
- 2) Edema perifer cukup menurun
- 3) Paraestesia cukup menurun
- 4) Akral cukup membaik

Perawatan sirkulasi

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *anckle brachial index*).

Rasional:

Mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer.

- 2) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas.

Rasional:

Mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian tubuh perifer tubuh.

Terapeutik

- 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer.

Rasional:

Untuk mencegah kekurangan atau perubahan sirkulasi perifer.

- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.

Rasional:

Penekanan pada area yang cedera akan memperlambat sirkulasi perifer.

- 3) Hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area yang cedera.

Rasional:

Sirkulasi perifer yang terganggu dapat memperlambat penyembuhan luka pada area yang cedera.

Edukasi

- 1) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

Rasional:

Untuk mencegah terjadinya kondisi yang memperburuk keadaan pasien.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur integritas tulang

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Gerakan terbatas cukup menurun
- 2) Kelemahan fisik cukup menurun

Dukungan mobilisasi

Observasi

- 1) Identifikasi adanya toleransi fisik melakukan pergerakan.

Rasional:

Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan.

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur).

Rasional:

Untuk meminimalkan resiko jatuh.

- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan.

Rasional:

Mencegah terjadinya cedera pada pasien.

- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pergerakan.

Rasional:

Menjadi penyemangat untuk pasien sembuh.

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Rasional:

Untuk melatih kekuatan otot.

- d. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria Hasil :

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Nyeri cukup menurun
- 3) Sensasi cukup membaik

Perawatan Luka

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka.

Rasional:

Untuk mengetahui kondisi luka.

- 2) Monitor tanda-tanda infeksi.

Rasional:

Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak.

Teraupetik

- 1) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.

Rasional:

Mempercepat penyembuhan luka.

- 2) Pasang balutan sesuai jenis luka.

Rasional:

Untuk mencegah infeksi.

- 3) Berikan suplemen vitamin dan mineral(mis, vitamin A, vitamin C,zinc, asam amino) sesuai indikasi.

Rasional:

Mempercepat penyembuhan luka.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Rasional:

Menambah informasi terkait penyakit yang diderita.

- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

Rasional:

Untuk mempercepat penyembuhan luka.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu.

Rasional:

Mencegah infeksi.

- e. Risiko Syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan
SLKI :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Akral dingin cukup menurun
- 2) Pucat cukup menurun
- 3) Pengisian kapiler cukup membaik

Pencegahan syok

Observasi

- 1) Monitor status kardiopulmunal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP).

Rasional:

Agar syok dapat ditangani sejak awal dan tidak mengakibatkan kematian.

- 2) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD).

Agar terhindar dari syok.

Terapeutik

- 1) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Rasional:

Karena oksigen adalah salah satu kebutuhan dasar manusia.

- 2) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu.

Rasional:

Untuk mengetahui input dan output cairan.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala awal syok.

Rasional:

Untuk menambah pengetahuan pasien serta keluarga.

- 2) Anjurkan melapor jika menemukan tanda & gejala awal syok.

Rasional:

Untuk mencegah kondisi semakin parah.

- 3) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.

Agar kebutuhan cairan terpenuhi dan meminimalisir terjadinya syok.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu.

Rasional:

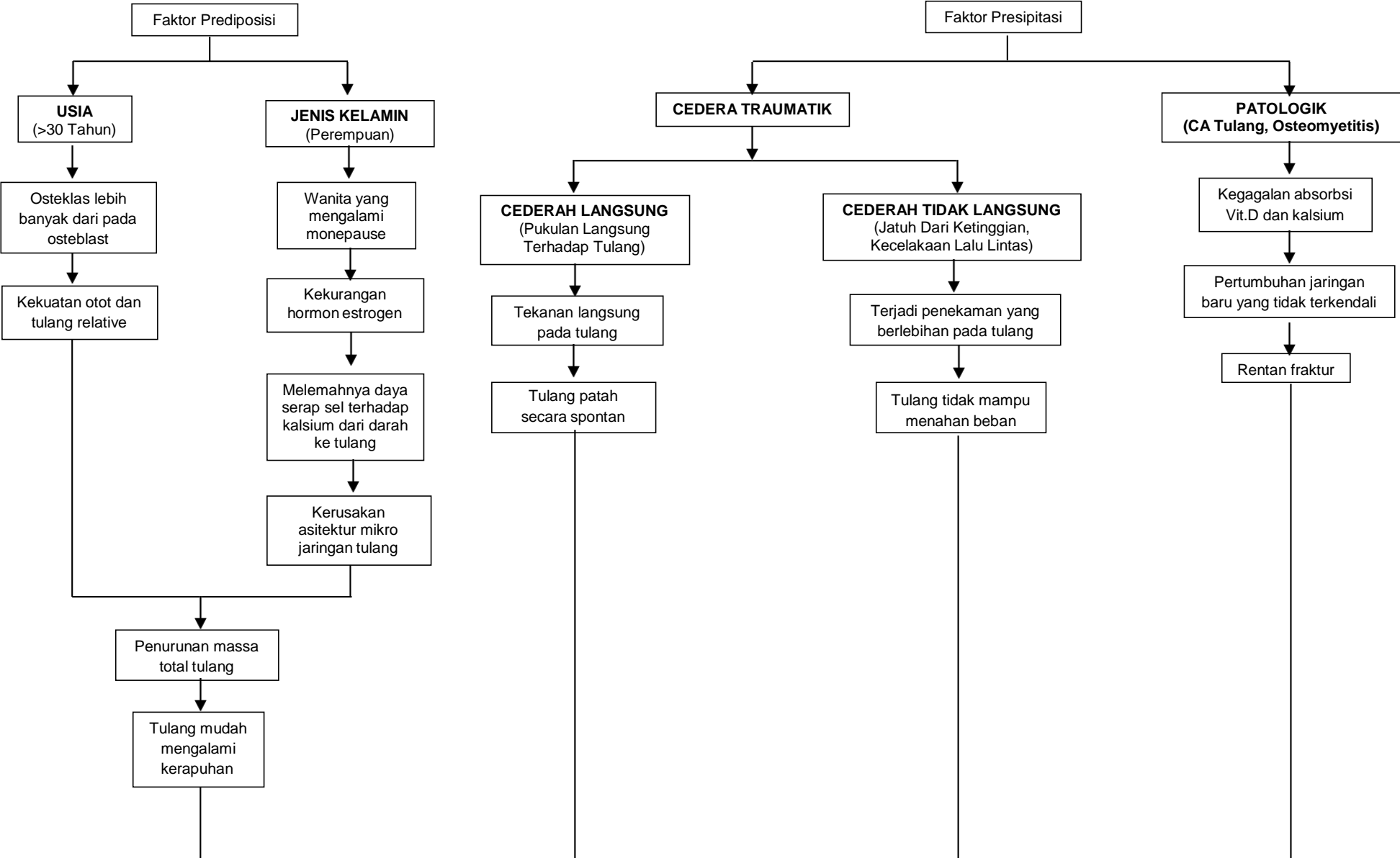
Untuk memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti.

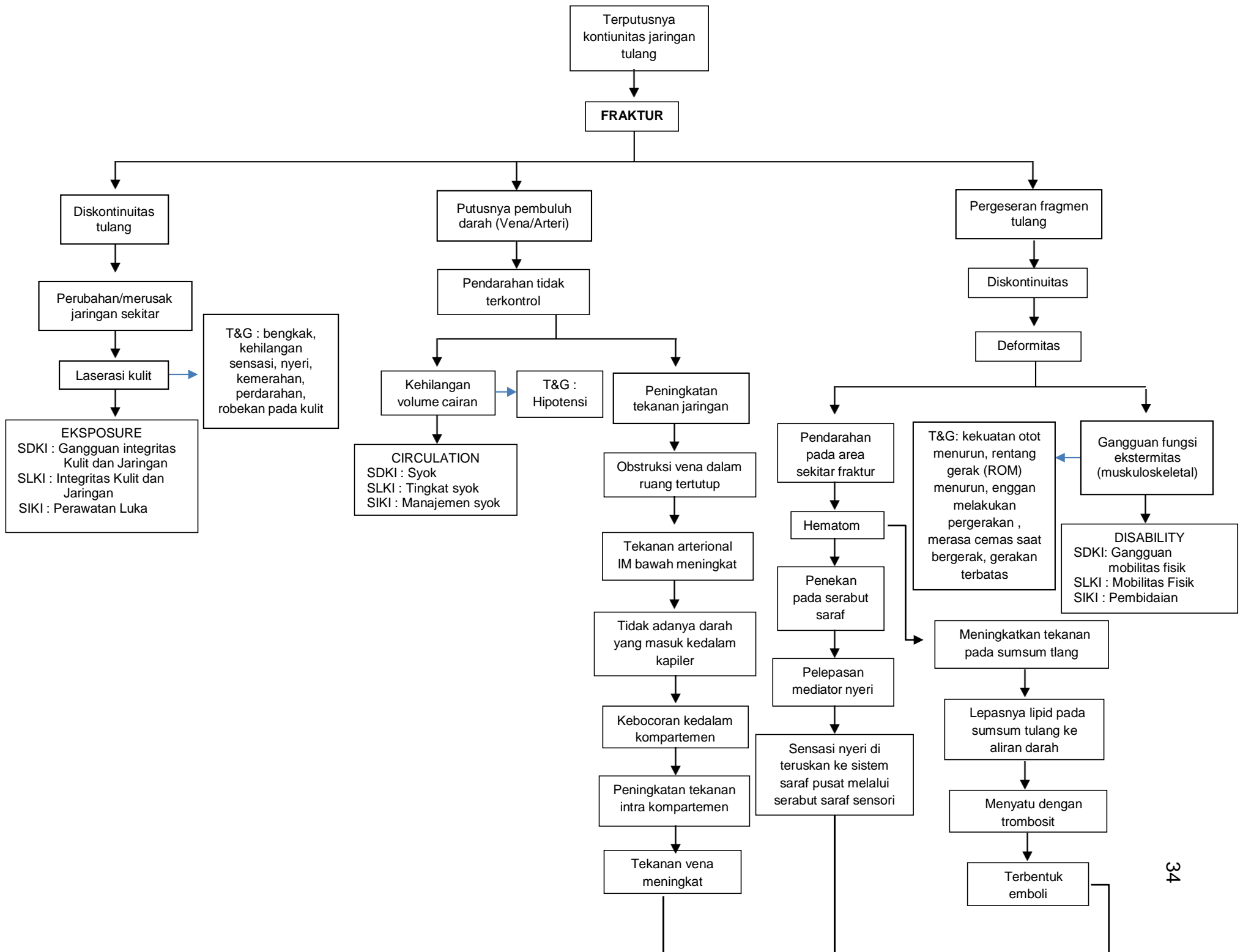
4. Perencanaan Pulang

Perencanaan pulang atau *Discharge Planning* menurut Islami dkk. (2019) yaitu sebagai berikut :

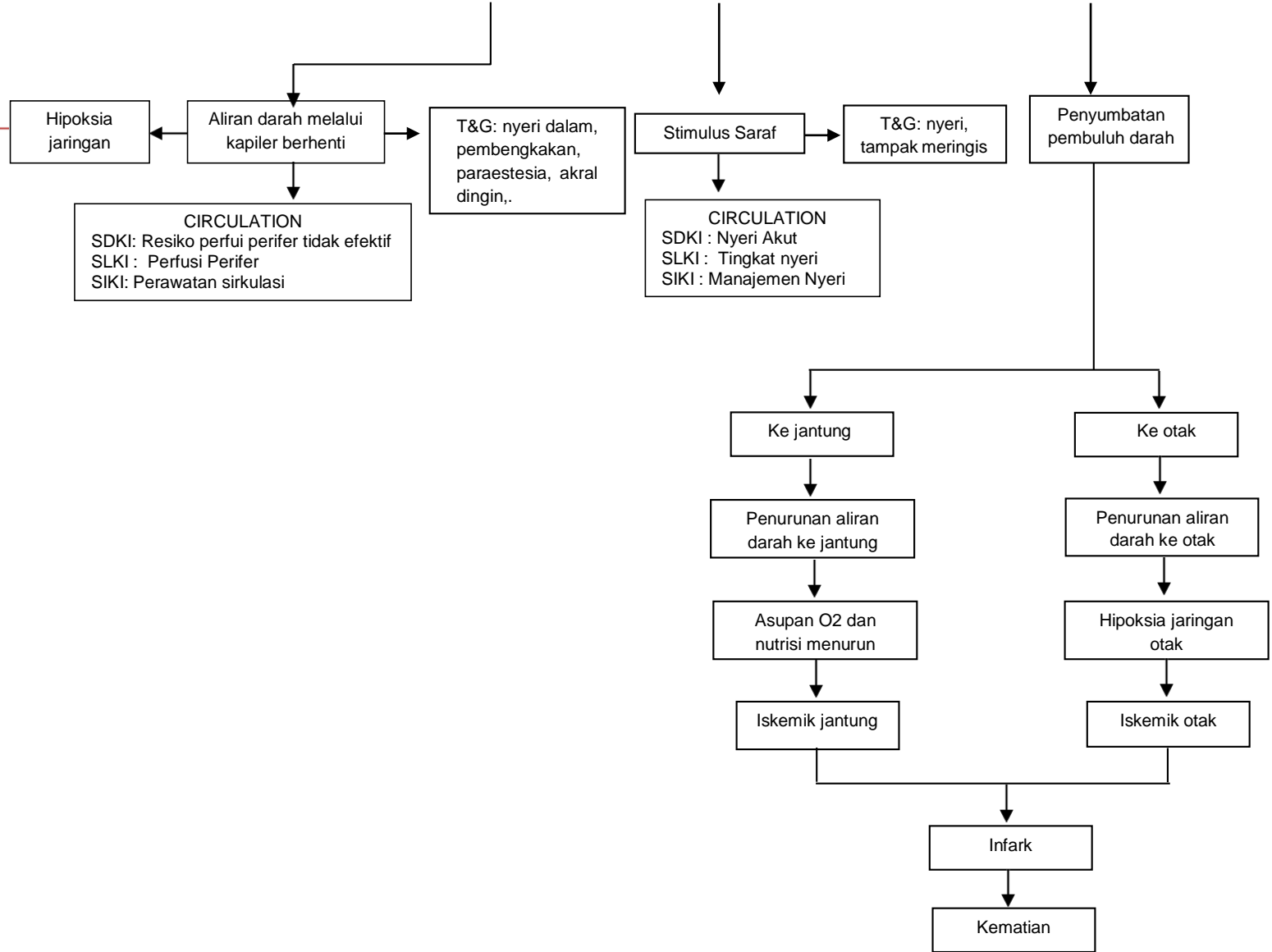
- a. Mengonsumsi makanan yang tinggi protein, tinggi kalsium dan vitamin D. Karena dapat memperbaiki kondisi pada tulang dan mampu mempercepat masa penyembuhan luka.
- b. Melakukan mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya kekakuan pada daerah tulang yang mengalami trauma. Dan dengan mobilisasi dapat mengurangi rasa nyeri sehingga dapat membantu proses penyembuhan.
- c. Melakukan perawatan luka karena selain mempercepat masa penyembuhan, dapat pula mencegah terjadinya infeksi yang mungkin akan terjadi.
- d. Gunakan alat bantu untuk membantu dalam melakukan aktifitas atau kegiatan sehari-hari
- e. Lakukan kontrol rutin di rumah sakit untuk memantau perkembangan kondisi pasien terkait kondisi kesehatannya.

PATHWAY FRAKTUR





K : Kompartement Syndrom



BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pada tanggal 8 Juni 2022 Ny."D" usia 45 tahun masuk ke IGD (Instalasi Gawat Darurat) Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan nyeri pada daerah kaki disertai bengkak dan kemerahan pada kaki kiri dan pasien mengeluh kakinya tidak bisa digerakkan karena terjatuh dari tangga rumah sejak satu hari yang lalu. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menetap pada daerah kaki kiri, dengan skala nyeri 9 (nyeri berat). Tampak pasien meringis dan berteriak kencang saat ada gerakan yang diberikan pada kaki sebelah kiri, tampak kaki sebelah kiri bengkak disertai kemerahan, akral teraba dingin, nadi perifer tidak teraba, tampak warna kulit pucat dan pengisian kapiler >3 detik. Hasil observasi tekanan darah: 170/111 mmHg, nadi: 95x/menit, suhu: 36,5°C, pernapasan: 20x/menit. Hasil laboratorium menunjukkan WBC: 12.40 ↑, PLT: 609 ↑, PDW: 8,9 ↓, P-LCR: 13,8 ↓, PCT: 0,53 ↑, NEUT#: 8,61 ↑, MONO#: 1,16 ↑. Hasil pemeriksaan foto adalah fraktur distal os tibia sinistra.

Adapun masalah keperawatan pada kasus diatas yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/ atau vena. Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien adalah pemasangan infus RL 500 cc 20 tetes per menit dan terapi ketorolac 1 ampul via IV.

B. Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat

Nama pasien/ Umur : Ny. D /45 tahun

Diagnosa Medik : Fraktur tertutup tibia sinistra

Alamat : Kel. Matani Dua

Dokter yang merawat : Dr.Wilhelmus Supriyadi, Sp. OT

Keluhan Masuk : Pasien mengatakan nyeri pada daerah kaki disertai bengkak dan kemerahan pada kaki kiri dan tidak bisa digerakkan. Keluhan dirasakan sejak 1 hari yang lalu dan memberat sejak sore akhirnya keluarga Memutuskan untuk di bawah ke RS pasien riwayat jatuh dari tangga.

Triage : Gawat (ATS 2)

Alasan : Pasien masuk IGD dengan GCS 15, tampak pasien meringis dan berteriak kencang saat ada gerakan yang diberikan pada kaki sebelah kiri. Skala nyeri 9 dan pasien mengalami fraktur pada daerah kaki kiri. Dari hasil pengkajian tampak pada kaki kiri ada pembengkakan disertai kemerahan, akral teraba dingin, nadi perifer tidak teraba, warna kulit pucat dan pengisian kapiler >3 detik.

Riwayat penyakit yang pernah diderita : pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit apapun.

Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

PENGKAJIAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	HASIL YANG DIHARAPKAN (SLKI)	RENCANA KEPERAWATAN (SIKI)
A. Airway			
Sumbatan <input type="checkbox"/> Benda asing <input type="checkbox"/> Lidah Jatuh <input type="checkbox"/> Sputum Cairan <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada			
B. Breathing			
Frekuensi : 20x/m suara napas <input type="checkbox"/> Sesak <input checked="" type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Retraksi dada <input type="checkbox"/> Broncho-vesikuler <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Bronkial Irama Pernapasan Suara tambahan <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Wheezing			

<input checked="" type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Tidak teraba <input type="checkbox"/> Buruk Mata cekung Ekstremitas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Capillary refill >3 menit <input type="checkbox"/> Dingin Perdarahan : Melalui : <input type="checkbox"/> Ya, jumlah....cc <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Keluhan <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Nyeri kepala <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain		nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional: Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis misalnya, teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional: Mengurangi tingkat nyeri pasien atau mengalihkan pasien dari rasa nyeri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Rasional :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hasil Pemeriksaan :</p> <p>Laboratorium</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Darah rutin</p> <p><input type="checkbox"/> Serum elektrolit</p> <p><input type="checkbox"/> Level fungsi test</p> <p><input type="checkbox"/> AGD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain : Pemeriksaan foto dan Pengkajian Nyeri PQRST</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETER</th> <th>NILAI RUJUKAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>WBC 12.40 (10³/UL)</td> <td>(4.30 - 10.20)</td> </tr> <tr> <td>PLT 609 (10³/UL)</td> <td>(150 – 450)</td> </tr> <tr> <td>PDW 8.9 (FL)</td> <td>(9.6 – 13.0)</td> </tr> <tr> <td>P-LCR 13.8 (%)</td> <td>(15.0 – 25.0)</td> </tr> <tr> <td>PCT 0.53 (%)</td> <td>(0.17 – 0.35)</td> </tr> <tr> <td>NEUT# 8.61 (10³/UL)</td> <td>(2.50 – 7.00)</td> </tr> <tr> <td>MONO# 1.16 (10³/UL)</td> <td>(0.00 – 0.40)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pemeriksaan Foto :</p> <p>Fraktur distal os tibia sinistra</p> <p>Pengkajian : Tampak turgor kulit elastis dan nadi teraba kuat. Pasien mengatakan nyeri</p>	PARAMETER	NILAI RUJUKAN	WBC 12.40 (10 ³ /UL)	(4.30 - 10.20)	PLT 609 (10 ³ /UL)	(150 – 450)	PDW 8.9 (FL)	(9.6 – 13.0)	P-LCR 13.8 (%)	(15.0 – 25.0)	PCT 0.53 (%)	(0.17 – 0.35)	NEUT# 8.61 (10 ³ /UL)	(2.50 – 7.00)	MONO# 1.16 (10 ³ /UL)	(0.00 – 0.40)			<p>Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik.</p> <p>Rasional :</p> <p>Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang ada.</p>
PARAMETER	NILAI RUJUKAN																		
WBC 12.40 (10 ³ /UL)	(4.30 - 10.20)																		
PLT 609 (10 ³ /UL)	(150 – 450)																		
PDW 8.9 (FL)	(9.6 – 13.0)																		
P-LCR 13.8 (%)	(15.0 – 25.0)																		
PCT 0.53 (%)	(0.17 – 0.35)																		
NEUT# 8.61 (10 ³ /UL)	(2.50 – 7.00)																		
MONO# 1.16 (10 ³ /UL)	(0.00 – 0.40)																		

<p>pada kaki kiri dan tidak bisa digerakan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk secara terus menerus dan skala nyeri 9 (nyeri berat). Tampak pasien menangis kesakitan di atas tempat tidur dan tampak kakinya tidak dapat digerakan. Tampak pengisian kapiler >3 detik, akral teraba dingin, nadi perifer tidak teraba, dan tampak warna kulit pucat. Pasien mengatakan mati rasa pada daerah kaki kiri yang mengalami fraktur.</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/ atau vena</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer cukup meningkat 2. Edema perifer cukup menurun 3. Paraestesia cukup menurun 4. Akral cukup membaik 	<p>Perawatan sirkulasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ancle brachial index</i>). Rasional : Mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer. 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Rasional : Mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh. <p>Terapeutik</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<ol style="list-style-type: none">1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer. Rasional : Untuk mencegah kekurangan atau perubahan sirkulasi perifer.2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Rasional : Penekanan pada area yang cedera akan memperlambat sirkulasi perifer.3. Hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area yang cedera. Rasional :
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>Sirkulasi perifer yang terganggu dapat memperlambat penyembuhan luka pada area yang cedera.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). <p>Rasional :</p> <p>Untuk mencegah terjadinya kondisi yang memperburuk keadaan pasien</p> <p>Pengaturan posisi Terapeutik</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>1. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat. Rasional : Untuk proteksi cedera bertambah parah.</p> <p>2. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri. Rasional : Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi. Rasional : Keterlibatan perawat dalam melakukan intervensi meminimalkan resiko cedera</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi. Rasional : Menambah pengetahuan keluarga dan keterlibatan dalam merawat pasien.</p>
D. Disability			
<p>Pupil</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input checked="" type="checkbox"/> Refleks cahaya Positif</p> <p><input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> Negatif</p> <p>Glasgow Coma Scale</p> <p>M : 6</p> <p>V : 5</p> <p><u>E : 4</u></p> <p>15</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p>			

<p>E. Exposure</p> <p>Luka : Tampak bengkak dan kemerahan pada Kaki sebelah kiri</p> <p>Jejas : Tidak ada</p> <p>F. Foley catheter</p> <p><input type="checkbox"/> Ya Output :....cc Warna :...</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p>			
<p>G. Gastric tube</p> <p><input type="checkbox"/> Ya output :....cc Warna :....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p>			

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Hari/Tanggal	Waktu	DP	Implementasi Keperawatan	Perawat
1.	Rabu, 08-06-2022	19.55	I	1. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hasil : Tampak perawat tidak melakukan pengukuran tekanan darah pada area dengan keterbatasan perfusi	Fabiola
		20.00	II	2. Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 170/111 mmHg N : 95x/m P : 20x/m SB : 36.5°C	Fabiola
		20.05	I	3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Hasil : P : Pasien mengatakan Nyeri bertambah Saat digerakan Q : Kualitas nyeri Seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan Nyeri pada daerah Kaki kiri S : Pasien mengatakan skala nyeri 9 (nyeri berat) T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus	Fabiola

		20.10	II	4. Memeriksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ancke brachial index</i>) Hasil : Tampak nadi perifer tidak teraba	Fabiola
		20.15	II	5. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Tampak akral teraba dingin dan tampak bengkak disertai kemerahan pada daerah kaki yang fraktur	Fabiola
		20.20	II	6. Mengimobilisasi dan menopang bagian tubuh yang cedera dengan tepat Hasil : Membatasi pergerakan pasien dan tampak bagian kaki yang mengalami fraktur di topang dengan bantal	Fabiola
		20.25	II	7. Menghindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan	Fabiola
		20.30	II	8. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer	Fabiola

				<p>Hasil :</p> <p>Tampak perawat tidak melakukan pemasangan infus pada daerah yang cedera</p>	
		20.35	II	<p>9. Menghindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak perawat tidak melakukan pemasangan tourniquet pada daerah yang cedera</p>	Fabiola
		20.40	I	<p>10. Melakukan pemasangan infus</p> <p>Hasil :</p> <p>Pasien tampak terpasang infus RL 500 cc 20 tpm di tangan kanan</p>	Fabiola
		20.45	I	<p>11. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik</p> <p>Hasil :</p> <p>Keterolac 1 amp/ IV</p>	Fabiola
		20.50	I	<p>12. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil :</p> <p>Memberikan teknik relaksasi napas dalam tampak pasien melakukan teknik yang diajarkan dan pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan pasien merasa lebih rileks</p>	Fabiola
		20.55	II	<p>13. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak</p>	Fabiola

				<p>hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) Hasil : Keluarga mengatakan mengerti dan memahami informasi perawat dan akan selalu melaporkan kondisi pasien.</p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

EVALUASI KEPERAWATAN

No	Evaluasi Keperawatan
1.	<p>Nyeri akut b/d agen pencedera fisik</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri dirasakan ketika banyak bergerak Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk Pasien mengatakan skala nyeri 8 dirasakan terus-menerus</p> <p>O : Tampak pasien meringis Skala nyeri 8</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Stop intervensi (pasien pindah ke ruang perawatan)</p>
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/atau vena</p> <p>S : Pasien mengatakan kakinya terasa bengkak dan sulit untuk digerakkan Pasien mengatakan mati rasa pada daerah kaki yang fraktur</p> <p>O : Tampak kaki pasien bengkak disertai kemereahan Denyut nadi perifer tidak teraba Akril teraba dingin Tampak ada penurunan sensitifitas pada daerah kaki Tampak kaki sebelah kiri pasien di topang menggunakan bantal</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Stop intervensi (pasien pindah ke ruang perawatan)</p>

GOING TO : Ruang Perawatan

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini, penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus nyata yang diperoleh dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny."D" dengan diagnosa fraktur tibia di ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama lebih kurang 1 jam penanganan. Pada pembahasan ini, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu hasil pemeriksaan foto. Dari pengkajian yang dilakukan pada Ny."D" usia 45 tahun diketahui bahwa pasien masuk ke Rumah Sakit Pada tanggal 8 juni 2022 dengan keluhan nyeri pada daerah kaki disertai bengkak dan kemerahan pada kaki kiri dan pasien mengeluh kakinya tidak bisa digerakkan karena terjatuh dari tangga di rumahnya sejak satu hari yang lalu. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi diagnosa fraktur tibia, yang didukung oleh pemeriksaan foto pada tanggal 8 Juni 2022 didapatkan hasil fraktur distal os tibia sinistra . Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil WBC 12.40 ↑, PLT 609 ↑, PDW 8,9 ↓, P-LCR 13,8 ↓, PCT 0,53 ↑, NEUT# 8,61 ↑, MONO# 1,16 ↑. TTV : TD: 170/111, N: 95x/m, S: 36,5°C, P: 20x/m.

Secara teori fraktur dapat terjadi dikarenakan adanya trauma ringan atau berat yang mengenai tulang baik secara langsung maupun tidak, tulang sering mengalami penekanan dan karena penyakit pada tulang (degenerative dan kanker tulang) menurut Helmi (2012). Manifestasi klinis yang bisa terjadi berdasarkan teori yaitu nyeri secara terus menerus, deformitas tulang, pemendekan tulang, krepitasi tulang dan pembengkakan serta perubahan warna local pada kulit. Sedangkan pada Ny."D" ditemukan penyebabnya sesuai dengan teori yaitu karena adanya trauma langsung sehingga menyebabkan cedera pada ekstremitas bawah pasien. manifestasi klinis atau tanda dan gejala yang terdapat pada Ny."D", sejalan dengan teori yaitu adanya nyeri secara terus menerus dan muncul pembengkakan disertai kemerahan pada daerah yang mengalami cedera.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis terdapat 5 diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien dengan fraktur, namun dalam tinjauan kasus, penulis hanya mengangkat 2 diagnosa keperawatan, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan perubahan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena.

Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena saat pengkajian ditemukan beberapa data yang menunjang seperti pasien mengeluh nyeri pada daerah kaki disertai bengkak dan kemerahan pada kaki kiri dan pasien mengeluh kakinya tidak bisa digerakkan, nyeri bertambah saat bergerak nyeri seperti tertusuk-tusuk dan menetap pada daerah kaki kiri, dengan skala nyeri 9 (nyeri berat). Tampak pasien meringis dan berteriak kencang saat ada gerakan yang diberikan pada kaki sebelah kiri, akral teraba dingin, nadi perifer tidak teraba, warna kulit pucat dan

pengisian kapiler >3 detik. Hasil observasi : Tekanan Darah: 170/111, N: 95x/m, S: 36,5°C, P: 20x/m.

Pada teori ada 3 diagnosa yang tidak diangkat berdasarkan kasus Ny.D. Yang pertama gangguan mobilitas fisik dan yang kedua gangguan citra tubuh, itu dikarenakan penulis lebih memfokuskan untuk mengangkat diagnosa keperawatan gawat darurat sedangkan gangguan mobilitas fisik dan gangguan citra tubuh bukan merupakan diagnosa gawat darurat dan masalah gangguan mobilitas fisik serta gangguan citra tubuh dapat diatasi saat pasien berada dalam ruang perawatan. Diagnosa yang ketiga yaitu resiko syok, alasannya karena tidak ditemukan data-data yang menunjang pasien mengalami resiko syok.

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun Rencana Asuhan Keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan ekspresi wajah tampak meringis. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 4 intervensi yaitu : identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), berikan teknik non farmakologis, jelaskan strategi meredakan nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.
- b. Perubahan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena ditandai dengan pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer tidak teraba, akral

teraba dingin, warna kulit pucat. Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 10 intervensi yaitu : periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *angle brachial index*), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perifer, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari pemasangan dan penekanan tourniquet pada area yang cedera, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa), imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat, hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, serta ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan dilakukan \pm 1 jam, berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan menurut kasus.

a. Diagnosa keperawatan I :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, implementasi keperawatan pada Ny."D" yang dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan adalah:

1) Manajemen nyeri :

Implementasi yang dilakukan perawat di instalasi gawat darurat selama \pm 1 jam untuk mengatasi nyeri yang dialami

paien adalah memberikan terapi ketorolac 1 ampul via IV dan memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam. Hasil yang didapatkan selama implementasi \pm 1 jam yaitu skala nyeri awal 9 menurun menjadi 8 walaupun masih dalam kategori skala nyeri berat.

b. Diagnosa keperawatan II :

Perubahan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena, implementasi keperawatan pada Ny."D" yang dilakukan sesuai diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan adalah:

1.) Perawatan sirkulasi

Implementasi yang dilakukan perawat di instalasi gawat darurat selama \pm 1 jam untuk mengatasi gangguan pada perfusi perifer pada pasien yaitu memonitor sirkulasi perifer pasien dan menghindari penekanan pada daerah fraktur yang mengalami keterbatasan perfusi. Hasil yang didapatkan yaitu tampak edema pada daerah fraktur disertai kemerahan, akral teraba dingin, nadi perifer tidak teraba dan pasien mengalami penurunan sensitifitas atau paraestesia pada daerah yang fraktur.

2) Pemberian posisi

Hasil yang didapatkan selama \pm 1 jam untuk pasien dirawat di instalasi gawat darurat adalah imobilisasi dan pemberian posisi untuk proteksi cedera bertambah lebih parah. Pasien dibatasi dalam melakukan pergerakan pada daerah yang fraktur dan kaki pasien tampak ditopang menggunakan bantal.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 8 Juni 2022 pada pasien Ny."D" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 1x6 jam :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri ekspresi wajah tampak meringis. Sampai dilakukan evaluasi masalah belum teratasi, dimana pasien mengatakan bahwa nyeri berada pada skala 8.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena ditandai dengan pasien mengatakan kakinya sulit digerakkan disertai bengkak, dan pasien mengatakan mati rasa pada daerah kaki yang mengalami trauma. Sampai dilakukan evaluasi masalah belum teratasi, dimana nadi perifer tidak teraba, pengisian kapiler >3 detik, akral teraba dingin dan tampak warna kulit masih pucat.

B. Pembahasan penerapan EBN (*Evidence-Based Nursing*)

1. Judul EBN Jurnal
 - a. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur Di RSI Siti Khadijah Palembang
 - b. Pengaruh Kompres Dingin Dan Relaksasi Nafas Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Fraktur Di Wilayah Kabupaten Provinsi Sumatera Selatan.
2. Diagnosis Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Luaran yang Diharapkan
 - a. Keluhan nyeri cukup menurun.

- b. Meringis cukup menurun.
 - c. Gelisah cukup menurun.
 - d. Frekuensi nadi membaik.
 - e. Tekanan darah membaik.
4. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN
- Intervensi prioritas pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu teknik non farmakologi relaksasi napas dalam.
5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN
- a. Pengertian
Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini yaitu untuk pengalihan perhatian.
 - b. Tujuan /rasional EBN
Relaksasi napas dalam pada pasien fraktur dapat merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik dan saat seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormon endorfin, dimana hormon ini berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak.
 - c. PICOT EBN Pada Kasus (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome dan Time*)
 - 1) Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur Di RSI Siti Khadijah Palembang (Aini & Reskita, 2017).

2) Pengaruh Kompres Dingin Dan Relaksasi Nafas Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Fraktur Di Wilayah Kabupaten Provinsi Sumatera Selatan (Mujahidin, Palasa, & Utami, 2018).

a) *Problem*

Masalah yang didapatkan pada pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena saat pengkajian didapatkan data: pasien mengatakan nyeri pada daerah kaki sebelah kiri, nyeri bertambah ketika pasien melakukan pergerakan, nyeri dirasakan seperti tertusuk tusuk dan nyeri hilang timbul \pm 2-3 menit dengan skala nyeri 9 (nyeri berat), tampak kaki pasien bengkak disertai kemerahan.

b) *Intervention*

Standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

Relaksasi nafas dalam (bagian 1):

- (1) Menginstruksikan klien untuk rileks dengan posisi berbaring dan kedua tangan diletakkan disamping
- (2) Kemudian instruksikan klien untuk tarik nafas melalui hidung tahan selama 3 detik kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- (3) Anjurkan klien melakukan selama 3 kali atau sampai klien merasa rileks.

Relaksasi nafas dalam (bagian 2):

- (1) Atur posisi pasien dalam keadaan berbaring.
- (2) instruksikan klien untuk tarik nafas melalui hidung tahan selama 3 detik kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.

c) *Comparison*

Tidak ada pembandingan dalam penelitian tersebut akan tetapi berdasarkan kedua penelitian yang dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dinilai sebagai intervensi yang efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien yang mengalami fraktur.

Berdasarkan kasus, saat dilakukan intervensi pada Ny."D" didapatkan hasil yang sama dengan penelitian-penelitian tersebut dimana teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan skala nyeri pada pasien fraktur. Walaupun pada kasus Ny."D" tidak terdapat penurunan skala nyeri yang signifikan yaitu skala nyeri awal 9 (nyeri berat) setelah diberikan intervensi menurun menjadi skala nyeri 8 (nyeri berat).

d) *Outcome*

Setelah dilakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam didapatkan hasil pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan dan terjadi penurunan skala nyeri walaupun tidak signifikan yaitu dari skala 9 (nyeri berat) menjadi skala 8 (nyeri berat), tampak juga daerah fraktur bengkak disertai kemerahan, pasien mengatakan nyeri pada kaki bertambah ketika melakukan pergerakan, dan nyeri dirasakan seperti tertusuk tusuk dan hilang timbul \pm 2-3 menit.

e) *Time*

Tindakan ini dilakukan selama 3 kali ketika nyeri muncul atau hingga pasien merasa rileks.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny."D" dengan fraktur tibia di IGD RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : Dari hasil yang didapatkan Ny."D" faktor terjadinya fraktur tibia yaitu karena pasien mengalami cedera saat terjatuh dari tangga lantai dua rumahnya.
2. Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada Ny."D" dengan fraktur tibia yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri dan/atau vena.
3. Intervensi Keperawatan dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis : meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi
4. Implementasi Keperawatan : Setelah perawatan selama kurang lebih 1 jam yang dibantu oleh rekan dan perawat semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi Keperawatan : Dari hasil evaluasi kedua diagnosa belum teratasi dan masih memerlukan intervensi lebih lanjut lagi.
6. Penerapan EBN pada pasien Ny."D" dengan fraktur tibia yaitu tentang penerapan teknik relaksasi nafas dalam.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini pada pasien yang masuk dan mendapat perawatan di ruangan IGD Rumah Sakit Stella Maris dengan melakukan tindakan keperawatan mencakup observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi pada pasien fraktur tibia selama menjalani perawatan di IGD, sehingga pada waktu pulang ke rumah pasien bisa melakukan informasi yang telah didapatkan dari rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif dalam mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada pasien yang mengalami fraktur tibia, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pengkajian fraktur serta meningkatkan keterampilan dalam melakukan intervensi yang tepat bagi pasien fraktur tibia sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu peningkatan mutu dalam merawat pasien serta dapat diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan pendidikan tinggi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, L., & Reskita, R. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Derajat Nyeri. *Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Fraktur*, 9(2013), 8–19.
- Ardiasuti, A. N., & Mellia Silvy Irdianty. (2021). Asuhan Keperawatan pada Pasien Fraktur dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman: Nyeri Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta. *Faculty of Health Sciences Journals*, 4.
- Asrawati. (2021). *Asuhan Keperawatan Fraktur 1/3 Tibia Et Fibula Dengan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Terapi Murottal Dalam Manajemen Nyeri*. Retrieved from http://repositori.uin-alauddin.ac.id/19520/1/ASRAWATI_70900119042.pdf
- Buyanov, v. M. (2020). Patofisiologi Fraktur. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 6–56. Retrieved from <http://eprints.umbjm.ac.id/700/4/BAB 2.pdf>
- Islami, A. D., Rahayu, U., & Aditya, B. (2019). Kebutuhan Discharge Planning Pascaoperasi Pada Pasien Fraktur Ekstermitas Bawah. *Jurnal Keperawatan 'AISYIYAH*, 6(1), 57–65.
- Jhonet, A., Armin, M. F., Mandala, Z., Sudiadnyani, N. P., & Sari, H. M. (2022). Angka Kejadian Fraktur Tibia Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin Dan Klasifikasi Fraktur Berdasarkan Mekanisme Trauma DI RSUD. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 9. <https://doi.org/10.33024/jikk.v9i1.6283>.
- Kepel, F. R., & Lengkong, A. C. (2020). Fraktur geriatrik. *E-CliniC*, 8(2), 203–210. <https://doi.org/10.35790/ecl.v8i2.3017>
- Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, Sumartini, M., Dalami, E., ... Setiawati, S. (2016). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat* (Cetakan 20).

Trans Info Medika.

- Krisdiyana, K. (2019). Penatalaksanaan balut bidai Pada Pasien Fraktur. *Kesehatan*, 5, 1–64.
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Jilid 3*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Mujahidin, Palasa, R., & Utami, S. R. N. (2018). Pengaruh Kombinasi Kompres Dingin dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Fraktur Di Wilayah Kabupaten Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 8.
- Nurnaningsih, N., Romantika, I. W., & Indriastuti, D. (2021). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Penatalaksanaan Pembidaian Pasien Fraktur di RS X Sulawesi Tenggara*. 4(1), 8–15.
- Parahita, P. S., & Kurniyanta, P. (2020). Management Of Extrimity Fracture In Emergency. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan*, 1–18.
- Permadi, B. A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tibia. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP. *Kesehatan*, (18), 8–23.
- Ramadhian, M. R., & Yanuar Jaelani, A. (2019). Repositioning Malunion Fractures Os Femur Dextra 1 / 3 Distal. *Medical Journal of Lampung University*, 5(April), 152–156.
- Sunardi, J., Sudibjo, P., & Sukanti, E. R. (2020). *Anatomi Manusia*. (Vol. 1999). Yogyakarta: UNY Press.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda Nic & Noc*. Padang: Pustaka Galeri Mandiri.
















LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR










Nama : Dhea Trifena Letty

Fabiola Paula Lengkong

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

Judul : "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.D Dengan Fraktur Tibia Di Instalasi Gawat Darurat
Rumah Sakit Stella Maris Makassar "

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	Pelaporan Kasus	Pelaporan Kasus			
2.	10 Juni 2022	Konsul BAB III - Perbaikan pengkajian			
3.	15 Juni 2022	Konsul BAB III - Perbaikan pengkajian - Tambahkan diagnosa			
4.	20 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian sesuaikan dengan kondisi pasien - Perbaikan implementasi			
5.	27 Juni 2022	BAB III - Perbaikan penulisan - Perhatikan kembali implementasi			

6.	01 Juli 2022	BAB IV - Perbaikan PICOT - Perbaikan penulisan			
7.	04 Juli 2022	BAB IV dan V - Perbaikan PICOT			
8.	07 Juli 2022	BAB IV dan V - ACC BAB IV dan BAB V - Perbaiki penulisan dan pengulangan kata			










LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Dhea Trifena Letty

Fabiola Paula Lengkong

Pembimbing : Wirmando, Ns.,M.Kep

Judul : "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.D Dengan Fraktur Tibia Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar "

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	30 Juni 2022	Konsul BAB I dan II			
2.	01 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaikan BAB I - Perbaikan BAB II - Pembahasan - Perbaikan citasi			
3.	6 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaikan pathway - Perbaikan BAB I dan II - Tambahkan referensi - Lengkapi daftar pustaka			
4.	11 Juli 2022	BAB I dan II - ACC BAB I dan II	