

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep dasar.

##### 1. Definisi

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa.

(Arief Mansoer, 2000 ; 346).

Fraktur tibia adalah pergeseran condylus lateralis tibia yang disebabkan pukulan yang membengkokan sendi lutut dan merobek ligamentum medialis sendi tersebut. (M. A. Henderson, 1997 ; 228).

Fraktur tibia terbuka adalah terputusnya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh ruda paksa dan terdapat hubungan antara fragment tulang dengan dunia luar karena adanya perlukaan di kulit. (Aesculapius, 2000 : 346).

##### 2. Anatomi fisiologi

Tulang tibia merupakan tulang pipa yang terbesar sesudah tulang paha yang membentuk persendian lutut dengan tulang femur. Pada bagian ujungnya terdapat tonjolan yang disebut tulang maleolus lateralis atau mata kaki luar.

Tulang tibia bentuknya lebih kecil, pada bagian pangkal melekat pada tulang femur, pada bagian ujung membentuk persendian dengan tulang pangkal kaki dan terdapat tonjolan yang disebut tulang maleolus medialis.

Tibia merupakan tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung yaitu atas dan bawah. Ujung atas memperlihatkan adanya kondil medial dan kondil lateral. Ini merupakan bagian yang paling atas dan paling pinggir dari tulang. Permukaan superiornya memperlihatkan dua dataran permukaan persendian untuk femur dalam formasi sendi lutut. Permukaan-permukaan tersebut halus dan diatas permukaannya yang datar terdapat tulang rawan semi lunar ( $\frac{1}{2}$  bulan) yang membuat permukaan persendian lebih dalam penerimaan kondil femur.

Batang dalam irisan melintang bentuknya segi tiga. Sisi anteriornya paling menjulang dan sepertiga bagian tengah terletak sub kutan. Bagian ini membentuk kristal tibia. Permukaan medial adalah sub kutaneus pada hampir seluruh panjangnya dan merupakan daerah berguna dari mana dapat diambil serpihan tulang untuk transplantasi. Permukaan posterior ditandai oleh garis soleal atau linea poplitea yaitu garis meninggi diatas tulang yang kuat dan yang berjalan ke bawah dan medial.

Ujung bawah masuk dalam formasi persendian mata kaki. Tulangnya sedikit melebar dan ke bawah sebelah medial menjulang menjadi moleolus medial dan moleolus tibia sebelah depan tibia halus dan tendon-tendon menjulur diantaranya kearah kaki.

Permukaan lateral dari ujung bawah bersendi dengan fibula pada persendian tibia fibuler inferior. Tibia membuat sendi dengan tiga tulang yaitu femur, fibula dan talus. (Evelyn, 1997 ; 23-25).

### 3. Patofisiologi

Fraktur dapat terjadi secara mendadak, dimana tenaga yang cukup besar memutuskan kontinuitas tulang serta dapat merobek jaringan sekitarnya, seperti jaringan otot, fascia, pembuluh darah, kulit syaraf dan mungkin juga organ dalam.

Pada tulang yang fraktur akan terjadi kerusakan pembuluh darah dalam tulang. Kerusakan ini tergantung pada periosteum dan jarak perpatahan. Kerusakan pada pembuluh darah dalam tulang dapat mengakibatkan perdarahan di dalam tulang dan sekitarnya. Terjadinya perdarahan di sekitar tulang yang fraktur dapat mengakibatkan pembengkakan pada daerah fraktur. Sedangkan kerusakan pada pembuluh darah didalam tulang biasanya tidak tampak adanya pembengkakan.

Patah tulang terjadi ketika ada penekanan pada tulang yang lebih besar dari kemampuan absorpsi atau daya tahan tulang. Pada patah tulang di pengaruhi oleh dua faktor yaitu intrinsik dan ekstrinsik. Adanya gaya dari luar yang bereaksi pada tulang dan tergantung dari besarnya waktu atau lamanya dan arah gaya tersebut dapat menyebabkan patah tulang adalah merupakan faktor intrisik seperti osteoporosis dan osteoarthritis. Beberapa sifat yang penting dari tulang yang menentukan daya tahan untuk timbulnya fraktur adalah kapasitas absorpsi dari energi, daya elastisitas, daya terhadap kelelahan atau kepadatan adalah faktor ekstrinsik seperti benturan yang keras atau kecelakaan. (R. Sjamsuhidayat, 1997 ; 21).

#### 4. Gejala Klinis

Gambaran klinis pada *fraktur* adalah :

- a. Nyeri tekan dan pembengkakan disekitar bagian fraktur jika frakturnya terbuka ujung patahan tulang dapat terlihat di dalam luka.
- b. Deformitas, dapat berupa :
  - 1) Pergeseran tidak hanya disebabkan kekerasan yang menyebabkannya, tetapi juga oleh otot-otot ekstremitas yang menarik patahan tulang.
  - 2) Pemendekan. Tonus otot-otot ekstremitas menarik patahan tulang sehingga ujung patahan saling menumpuk misalnya otot-otot paha yang menarik patahan tulang pada fraktur os femur.
- c. Mobilitas abnormal. Tempat patahan menjadi sendi palsu. Bagian ini harus sesedikit mungkin digerakan karena di khawatirkan terjadi kerusakan lebih lanjut pada jaringan lunak.
- d. Gangguan fungsi ekstremitas tidak dapat di gerakan.
- e. Rasa gemeretak ketika ujung tulang bergeser. (M. A. Henderson, 1997 ; 220-221).

#### 5. Penatalaksanaan

Kesembuhan fraktur dapat di bantu oleh aliran darah yang baik dan stabilitas ujung patahan tulang.

##### a. Reposisi

Setiap pergeseran pada ujung patahan harus diatas reposisi dengan hati-hati melalui tindakan manipulasi yang biasanya di bawah arteri umum.

b. Imobilisasi

Untuk memungkinkan kesembuhan fragmen yang di persatukan :

1. Fiksasi eksterna. Tindakan ini merupakan pilihan bagi sebagian besar fraktur. Fraktur ini di imobilisasi dengan menggunakan bidai luar atau gibs.
2. Fiksasi interna. Cara ini di gunakan oleh kasus tertentu. Ujung patahan tulang disatukan dan di fiksasi pada operasi misalnya dengan pent, paku atau plat logam.

c. Fisioterapi dan mobilisasi.

Dari semula sudah dilakukan fisioterapi untuk mempertahankan otot yang dapat mengecil secara cepat jika tidak di pakai. Setelah fraktur cukup sembuh mobilisasi sendi dapat di mulai sampai ekstremitas betul-betul telah kembali normal. Fungsi menyangga badan (Weight Bearing) di perbolehkan setelah terbentuk cukup callus. (M.A. Henderson, 1997 ; 222).

## 6. Dampak Masalah

a. Terhadap klien.

1) Fisik.

Dampak masalah yang dihadapi pada klien pre operasi fraktur tibia terbuka adalah nyeri, perasaan tidak enak ( berat ) pada ekstremitas yang patah bila di gerakan dan mengalami keterbatasan beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari seperti mandi, gosok gigi dan ganti pakaian. Karena aktivitas terbatas dan juga klien tidak mampu melakukan aktivitas akan

berpengaruh terhadap fungsi yang lain. Seperti pada peristaltik usus sehingga klien sulit untuk buang air besar. Juga bisa terjadi kelemahan otot dan kekakuan sendi dan bisa juga terjadi kecemasan karena kurangnya pengetahuan klien. Karena nyeri klien juga tidak dapat istirahat dan tidur dengan tenang dan nyaman.

## 2) Psikologis

Dengan adanya perubahan bentuk tubuh akibat patah tulang terbuka akan mempengaruhi jiwa atau mental klien seperti merasa rendah diri dan tidak berguna karena fungsi dari ekstremitasnya terganggu, kurang percaya diri karena ada kemungkinan tidak dapat sembuh sempurna dan meninggalkan cacat. Juga kecemasan karena proses penyembuhan yang memerlukan perawatan dan pengobatan yang lama.

## 3) Sosial

Dampak masalah bagi klien dengan patah tulang tibia yaitu akan mempengaruhi fungsi sosialnya misalnya klien akan kehilangan pekerjaannya dalam waktu lama. Keadaan ini bisa menimbulkan perasaan tidak berguna pada diri klien.

## 4) Spiritual

Hubungan klien dengan Tuhan-Nya tidak akan terganggu, hal ini tergantung dari pengetahuan klien tentang kewajiban beribadah kepada Tuhan-Nya.

b. Terhadap keluarga

Apabila salah satu anggota keluarga ada yang mempunyai masalah, maka akan mempengaruhi pula kehidupan sehari-hari bagi keluarga. Keluarga akan turut memikirkan dan mencemaskan keadaan dari anggota keluarga yang sakit. Masalah ekonomi juga akan terjadi peningkatan pengeluaran untuk membiayai perawatan dan pengobatan bagi anggota keluarga yang sakit. Hal ini terutama terjadi bila yang terkena masalah adalah tulang punggung perekonomian keluarga.

## **B. Asuhan keperawatan**

Dalam melakukan praktek keperawatan atau asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan memberikan struktur yang sistematis dalam praktek keperawatan dimana perawat memakai latar belakang pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan, mengidentifikasi masalah dan diagnosis, merencanakan intervensi, mengimplementasikan rencana dan mengevaluasi intervensi keperawatan, dimana kelima komponennya berinteraksi satu sama lainnya.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien. (Lismidar, 1994 ; 18).

Pada tahap pengkajian ini dibagi dalam 3 kegiatan :

a. Pengumpulan data

1) Identitas

Nama, umur, pekerjaan, jenis kelamin, bangsa, suku bahasa yang digunakan diagnosa masuk, pendidikan, nomor register, dan nama ruangan tempat klien dirawat.

2) Keluhan Utama

Pada klien dengan fraktur mengeluh nyeri, aktivitas terbatas, cemas dan juga merasa tidurnya tidak nyaman.

3) Riwayat kesehatan lalu

Riwayat adanya trauma atau kelainan tulang yang sebelumnya pernah diderita oleh klien sebelum mengalami kecelakaan dan sakit lain.

4) Riwayat kesehatan sekarang.

Riwayat penyakit sekarang yaitu penyakit yang dirasakan sejak terjadinya kecelakaan / trauma sampai masuk rumah sakit.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ada atau tidaknya riwayat dari keluarga yang menderita atau pernah mengalami penyakit yang sama atau penyakit lain, yang sifatnya menurun atau menular.

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola fungsi dan tata laksana hidup sehat

Penderita dengan fraktur tibia didapatkan perubahan penatalaksanaan kesehatan yang menimbulkan masalah dalam merawat dirinya, seperti merawat luka dan penyembuhan fraktur.



b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada umumnya tidak akan mengalami gangguan akan penurunan nafsu makan meskipun menu berubah, misalnya makan dirumah bisa apa saja sedangkan di rumah sakit disesuaikan dengan penyakit dan diit klien.

c) Pola aktivitas.

Aktivitas dan latihan mengalami perubahan atau gangguan dari fraktur tibia sehingga kebutuhan perlu dibantu baik oleh perawat atau keluarga, misalnya kebutuhan sehari-hari (mandi, buang air besar, buang air kecil) dilakukan diatas tempat tidur.

d) Pola eliminasi

Kebiasaan miksi dan defekasi sehari-hari, kesulitan waktu defekasi dikarenakan imobilisasi, feces warna kuning dan konsistensi defekasi padat. Pada miksi klien tidak mengalami gangguan, warna urin jernih, buang air kecil 3-4 kali sehari.

e) Pola tidur dan istirahat.

Kebiasaan pola tidur dan istirahat mengalami gangguan yang disebabkan oleh nyeri, misalnya nyeri akibat fraktur.

f) Pola persepsi diri dan konsepsi diri.

Pada fraktur tibia akan mengalami gangguan konsep diri karena terjadi perubahan cara berjalan akibat kecelakaan yang menyebabkan patah tulang dan klien takut cacat seumur hidup atau tidak dapat bekerja kembali.

## g) Pola hubungan dan peran.

Pola hubungan dan peran akan mengalami gangguan, jika klien sebagai kepala rumah tangga atau menjadi tulang punggung keluarga.

## h) Pola reproduksi dan sexual.

Bila klien sudah berkeluarga akan mempunyai anak maka akan mengalami pola seksual dan reproduksi, jika klien belum berkeluarga klien tidak akan mengalami gangguan.

## i) Pola sensori dan kognitif

Nyeri yang disebabkan oleh fraktur tibia adanya kerusakan jaringan lunak serta tulang yang patah dan hilangnya darah serta cairan seluler kedalam jaringan. Hal ini yang menyebabkan gangguan sensori, sedangkan pada pola kognitif atau cara berfikir klien tidak mengalami gangguan misalnya pada pola kognitif tidak mengalami gangguan jiwa. Pada panca indera (pendengaran, pembauan, perabaan, penglihatan, dan pengecap) tidak mengalami gangguan.

## j) Pola penanggulangan stress

Masalah fraktur tibia dapat menjadi stress tersendiri bagi klien. Dalam hal ini pola penanggulangan stress sangat tergantung pada system mekanisme klien itu sendiri misalnya pergi ke rumah sakit untuk dilakukan perawatan atau pemasangan traksi.

## k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada fraktur terutama fraktur tibia akan mengalami perubahan atau gangguan dalam menjalankan sholat dengan cara duduk yang dilakukan diatas tempat tidur.

## 7) Pemeriksaan fisik.

## a) Keadaan umum

Meliputi keadaan sakit klien, tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital.

## b) Sistem respirasi.

Tidak didapatkan gangguan, pernafasan normal 16 – 20 kali / menit, tidak menggunakan oksigen.

## c) Sistem genitourinaria.

Tidak ada perubahan yang menonjol seperti produksi urin, warna urin, apakah ada disuria atau tidak, adakah retensi urin, kebersihan genital.

## d) Sistem gastrointestinal.

Pada perut tidak kembung, tidak mengalami muntah, bising usus normal (5 – 20 kali / menit).

## e) Sistem endokrin.

Tidak ada perubahan yang menonjol seperti ada tidaknya pembesaran thyroid atau struma serta pembesaran kelenjar limfe.

## f) Sistem integument.

Tidak ada perubahan yang menonjol pada system integument seperti warna kulit, adanya jaringan parut atau lesi,

tekstur kulit kasar dan suhu kulit hangat serta kulit kotor, terdapat luka pada daerah fraktur.

g) Sistem muskuloskeletal.

Terdapat fraktur, nyeri gerak, kekakuan sendi, bagaimana tonus ototnya, ada tidaknya atropi dan keterbatasan gerak, adakah krepitus.

h) Sistem persyarafan.

Ada tidaknya hemiplegi, paraplegi, dan bagaimana refleks patelanya.

8) Pemeriksaan penunjang.

a) Pemeriksaan laboratorium.

Pada pemeriksaan darah pada klien pre operasi yang akan diperiksa adalah :

- 1) kadar hemoglobin (Hb normal pada wanita 11,4-16,1 gr% dan laki-laki 13,4-17,7 gr %).
- 2) adakah leukositosis (leukosit normal pada wanita 4.300-11.300 / cmm dan pada laki-laki 4.700-10.300 / cmm).
- 3) LED apakah konstan atau meningkat (LED normal pada wanita 2-20 mm / jam dan pada laki-laki 2-13 mm / jam).

b) Pemeriksaan radiologi.

Pada pemeriksaan radiologi dengan pembuatan foto rontgen dua arah 90° didapatkan gambaran garis patah. Pada patah yang fragmentnya mengalami dislokasi gambaran garis patah biasanya jelas.

b. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan, membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. (Nasrul Effendy, 1995 ; 23).

c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada dasarnya adalah kesimpulan dari masalah kesehatan yang dialami oleh pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. (Ni Luh Gede, 1994 ; 26).

Dari hasil analisa diatas, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yaitu :

- 1) Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan ungkapan nyeri, kebingungan, perhatian berkurang.
- 2) Kurangnya pengetahuan berkenaan dengan kondisi, prognosis dan kebutuhan perawatan berhubungan dengan kurangnya informasi ditandai dengan pertanyaan tau pernyataan informasi, pernyataan konsep yang salah.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terapi yang bersifat membatasi (imobilisasi kaki) ditandai dengan ketidakmampuan menggerakkan dengan sengaja atau sadar dari anggota fisik, malas untuk menggerakkan kaki, keterbatasan ruang gerak sendi, penurunan kekuatan otot atau kontrol otot.

- 4) Gangguan integritas jaringan atau kulit : actual atau resiko tinggi berhubungan dengan luka, fraktur, pembedahan, tusukan pintraksi, imobilisasi fisik ditandai dengan pasien mengeluh gatal-gatal, nyeri, kekakuan. ( Marillynn E Doengoes, 1991 ).

## 2. Perencanaan.

Tahap perencanaan meliputi menentukan prioritas masalah, menulis tujuan dan merencanakan tindakan perawatan (Lismidar, 1994 ; 21).

Tahap perencanaan secara prioritas pada klien pre operasi fraktur tibia terbuka dekstra berdasarkan diagnosa diatas adalah :

### a. Diagnosa keperawatan I

Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) yang berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan ungkapan nyeri, kebingungan, perhatian berkurang.

#### 1) Tujuan :

Nyeri berkurang atau hilang setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan.

#### 2) Kriteria hasil.

Ungkapan terbebas dari nyeri, klien tampak rilek, mampu berpartisipasi dalam beraktivitas atau istirahat atau tidur, mendemonstrasikan, menggunakan keterampilan relaksasi dan penyimpangan tingkah laku yang seperti ditunjukkan pada keadaan individu.

#### 3) Rencana tindakan :

- a) Lakukan pendekatan dengan klien dan keluarga.

- b) Beri penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri.
  - c) Evaluasi keluhan nyeri atau ketidak nyamanan, catat lokasi dan karakteristik nyeri meliputi intensitas (scala 0-10), catat non verbal yang mengisyaratkan nyeri.
  - d) Angkat dan topang ekstremitas yang cidera.
  - e) Beri alternative ukuran nyaman antara lain : memijat, merubah posisi, nafas dalam dan mengalihkan perhatian.
  - f) Pertahankan imobilisasi : bedrest, traksi, trauma.
  - g) Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan yang di indikasikan : narkotik non narkotik analgetik : injeksi NSAID, antara lain : ketorolac (toradol), dan atau pelemas otot seperti : Cyclobenzaprine (flexeril), hydroxyzine (vistaril).
- 4) Rasional.
- a) Terjalin kerjasama yang terapeutik.
  - b) Memberikan penjelasan, diharapkan klien tidak merasa cemas dan dapat melakukan sesuatu yang dapat mengurangi nyeri.
  - c) Mempengaruhi pilihan atau ketidak efektifan pengawasan tindakan. Tingkat cemas dapat mempengaruhi persepsi atau reaksi nyeri.
  - d) Meningkatkan aliran vena, mengurangi edema serta diharapkan menurunkan nyeri.
  - e) Membantu sirkulasi yang menyeluruh : menurunkan tekanan local dan kelemahan otot sehingga mengurangi nyeri.

f) Meringankan nyeri dan mencegah displacement tulang atau eksistensi jaringan luka.

g) Mengurangi nyeri atau spasme otot, mempelajari bahwa toradol telah terbukti efektif dalam meringankan nyeri tulang dengan long action dan efek samping lebih rendah dibandingkan dengan obat narkotik.

( Marilyn E. Doenges, 1991 : 775-777 ).

b. Diagnosa keperawatan II

Kurangnya pengetahuan berkenaan dengan kondisi, prognosis dan kebutuhan perawatan berhubungan dengan kurangnya informasi ditandai dengan pertanyaan atau permintaan informasi, pernyataan konsep yang salah.

1) Tujuan :

Kurangnya pengetahuan dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2) Kriteria Hasil :

Secara verbal memahami kondisi, prognosis dan perawatannya, secara tepat melakukan prosedur serta menjelaskan alasan dari tindakan atau kegiatannya.

3) Rencana Tindakan

a) Bicarakan patologi, prognosa dan harapan selanjutnya.

b) Buat jadwal aktivitas yang klien mampu melaksannya sendiri dan aktivitas yang membutuhkan bantuan.

c) Diskusikan tentang pentingnya kontrol klinik.



- d) Beri gambaran tentang perawatan luka yang benar.
  - e) Jelaskan pada klien bahwa otot dapat menjadi atropi (kehilangan masa otot) perlu kolaborasi dalam penggunaan bantuan pergerakan : dengan verband elastis, splints, walkers atau rotan.
- 4) Rasional
- a) Memberikan pengetahuan dasar yang mana klien dapat membuat pilihan persetujuan.
  - b) Mengorganisasi aktivitas sekitar kebutuhan dan siapa yang memberikan bantuan.
  - c) Pengobatan fraktur dapat membutuhkan waktu selama satu tahun dan pasien kooperatif dengan rencana medik untuk penyambungan ulang.
  - d) Mengurangi resiko trauma tulang atau jaringan dari infeksi yang dapat mengembangkan osteomilitis.
  - e) Kekuatan otot akan berkurang atau sakit dan nyeri dapat terjadi untuk beberapa waktu sekunder pada kurangnya dorongan atau semangat. (Marylinn E. Doenges, 1991 : 787-789).
- c. Diagnosa keperawatan III
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terapi yang bersifat membatasi (imobilisasi kaki) ditandai dengan ketidak mampuan menggerakkan dengan sengaja atau sadar dari anggota fisik, malas untuk berusaha menggerakkan, keterbatasan ruang gerak sendi, penurunan kekuatan otot atau control otot.

## 1) Tujuan :

Klien dapat melakukan aktivitas sebatas kemampuan.

## 2) Kriteria hasil

Mempertahankan pergerakan pada tingkat tertinggi yang masih memungkinkan, mempertahankan posisi fungsi, menambah kekuatan atau fungsi dari pada bagian tubuh yang terpengaruh.

## 3) Rencana Tindakan

- a) Tentukan tingkat keterbatasan gerak karena luka ( injuri ) atau perawatan, dan catat persepsi klien terhadap imobilisasi.
- b) Dorong klien berpartisipasi dalam menciptakan kembali aktivitas dan pertahankan stimulasi lingkungan antara lain : TV, radio, surat kabar.
- c) Ajarkan klien dalam menunjang secara aktif atau pasif dari latihan ROM yang dipengaruhi dan tidak dipengaruhi ekstremitas.
- d) Letakan traksi yang digunakan untuk menstabilkan fraktur tibia dalam posisi supinasi secara periodic jika memungkinkan.
- e) Monitor tekanan darah dan catat masalah sakit kepala.
- f) Konsultasikan dengan ahli terapi fisik atau spesialis rehabilitasi.

## 4) Rasional

- a) Diteliti tentang gambaran diri klien atau persepsi diri diluar ukuran dengan keterbatasan fisik yang nyata, membutuhkan informasi atau tindakan untuk menunjang perkembangan.

- b) Memberi kesempatan klien untuk mengeluarkan energi, memfokuskan perhatian, meningkatkan rangsangan control diri klien dan membantu dalam menurunkan isolasi social.
- c) Menambah aliran darah ke otot atau bagian tulang, mempertahankan mobilisasi sendi, mencegah kontraktur atau atropi dan penyerapan kalsium dari penghentian penggunaannya.
- d) Menurunkan resiko kontraktur fleksi pangkal paha.
- e) Hipotensi postural adalah masalah umum yang mengurangi bedrest lama dan memerlukan tindakan khusus.
- f) Konsultasi dengan ahli terapi atau spesialis rehabilitasi dapat menciptakan program aktivitas atau latihan individu. (Marylenn. E Doenges, 1991 : 781-783).

d. Diagnosa keperawatan IV

Gangguan integritas kulit atau jaringan : actual atau potensial berhubungan dengan luka, fraktur, pembedahan, tusukan pintraksi, imobilisasi fisik ditandai dengan klien mengeluh gatal-gatal, nyeri, kekakuan, eliminasi alvi yang berhubungan dengan imobilisasi traksi.

1) Tujuan :

Gangguan integritas kulit dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2) Kriteria Hasil :

- a) Secara verbal menggambarkan ketidaknyamanan.
- b) Menampakan tiangkah laku atau tehnik untuk mencegah kerusakan kulit.

- c) Mencapai pengobatan atau lesi tepat waktu bila terjadi.
- 3) Rencana Tindakan
- a) Pijat kulit, jaga tempat tidur tetap kering serta letakan bantal air dibawah siku atau tumit sebagaimana diindikasikan.
  - b) Sering ubah posisi setiap 2 jam sekali.
  - c) Bersihkan kulit dengan sabun atau air hangat.
  - d) Observasi potensial tekanan darah, khususnya pada tepi dan bawah splints.
  - e) Bersihkan plester yang terlalu rekat dari kulit selagi masih basah.
  - f) Palpasi jaringan setiap hari dan dokumentasikan adanya kelembaban atau nyeri.
- 4) Rasional
- a) Menurunkan tekanan darah pada daerah yang dapat dicurigai dan mengurangi resiko abrasi atau kerusakan kulit.
  - b) Mengurangi tekanan pada beberapa daerah atau tempat dan meminimalkan resiko kerusakan kulit.
  - c) Menurunkan tingkat kontaminasi pada kulit.
  - d) Tekanan dapat menyebabkan ulkus, nekrose, atau kelumpuhan syaraf dan masalah-masalah ini dapat menjadi nyeri bila terjadi kerusakan syaraf.
  - e) Plester kering dapat melekat kedalam cast dan menyebabkan kerusakan kulit.
  - f) Jika daerah bawah luka lunak, gejala iritasi kulit dan bersiap berubah sistim verbal.

### 3. Pelaksanaan

Merupakan tahap perwujudan dari rencana perawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Namun tidak semua rencana tindakan dapat dilaksanakan, karena hal ini dapat disesuaikan dengan kondisi klien (Nasrul Effendy, 1995 ; 40).

### 4. Evaluasi.

Merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan tahap pengukuran rencana perawatan. Hasil evaluasi yang akan dicapai adalah

- a. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perilaku dengan standar kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian jika klien menunjukkan perilaku perubahan sebagian standar kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan menimbulkan masalah baru.

Tujuan evaluasi selain untuk pengukuran keberhasilan rencana perawatan juga untuk melakukan pengkajian ulang terhadap masalah yang dihadapi klien. (Nasrul Effendy, 1995 ; 46-48).