

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. R DENGAN DIAGNOSA
VULNUS LACERATUM DI RSUD DAYA KOTA MAKASSAR**



KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
Pada Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin Makassar
2022**

DISUSUN OLEH :

**ENOS KAISMA
C017191023**

**PROGARAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

**GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. R DENGAN
DIAGNOSA VULNUS LACERATUM DI RSUD KOTA MAKASSAR**



KARAYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
Pada Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin Makassar**

DISUSUN OLEH :

**ENOS KAISMA
C017191023**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : ENOS KAISMA

NIM : C017191023

INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Anak R Dengan Diagnosa *Vulnosra Ceratum* di RSUD Daya Kota Makassar, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 14 September 2022

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,



ENOS KAISMA

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.R DENGAN DIAGNOSA VULNUS
LACERATUM DI RSUD KOTA MAKASSAR**

Di susun dan di ajukan oleh :

ENOS KAISMA


(C017191023)

**Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin Makassar**


Menyetujui,

Pembimbing :

Pembimbing I


Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Sp.Kep,Sp.KMB
NIP 198504032010122004

Pembimbing II


Abdul Majid, S. Kep, Ns, Sp.KMB
NIP 198005092009121001

Mengetahui,

Ketua Program Studi D.III Keperawatan


Nurmaulid, S.Kep, Ns., M.Kep
NIP 198312192010122004

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.R DENGAN DIAGNOSA VULNUS LACERATUM DI RSUD DAYA KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh :

ENOS KAISMA

(C017191023)

Karya tulis ini telah dipertahankan di depan tim penguji sidang Program Studi
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar, pada

Hari/Tanggal : Sabtu 25 – juni - 2022

Waktu : 08:00 – 10 : 20

Tempat : Ruang Kuliah Prodi D.III Vokasi

Tim Penguji

1. Dr. Rosyida Arafat, S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.KMB (.....)
2. Abdul Majid, S.Kep., Ns.,M.Kep. Sp.Kep.KMB (.....)
3. Andi Baso Tombong, S.Kep.,Ns.,M.ANP (.....)
4. Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,M.Sc (.....)

Ketua Program Studi D.III Keperawatan

Nurmaida, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP 198512102010122004

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Nama | : Enos Kaisma |
| 2. Tempat Tanggal Lahir | : Yefu, 16 Januari 1996 |
| 3. Jenis Kelamin | : Laki – laki |
| 4. Suku Bangsa | : Auyu |
| 5. Agama | : Katolik |
| 6. No Telepon | : 081213485317 |
| 7. Email | : enoskaisma@gmail.com |
| 8. Alamat | : Wisma 2 Unhas |

B. Riwayat Pendidikan

1. SD IMPRES SAGARE TAHUN 2005-2010
2. SMP NEGERI 1 ATSJ TAHUN 2013-2016
3. SMK PEDULI PAPUA TAHUN 2016-2019

ABSTRAK

ENOS KAISMA *Asuhan Keperawatan pada An. R Dengan diagnosa Vulnus laceratuam di Ruang perawatan Bedah RSUD Daya kota makssar* (dibimbing oleh Rosyidah Araat dan Abul Majid) .

Vulnus Laceratum atau luka robek adalah terjadinya gangguan kontinuitas jaringan sehingga terjadi pemisahan jaringan yang semula normal Luka robek terjadi akibat trauma oleh benda yang tidak tajam misalnya tepi meja, bagian dari kendaraan bermotor dan luka tersebut mengakibatkan luka yang tidak rata atau tidak rapi. Tujuan penulisan ini yaitu untuk menggambarkan asuhan keperawatan pelambatan pemulihan pasca bedah pada klien dengan Vulnus Laceratum di RSUD DAYA KOTA MAKASSAR.

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pengelolaan pelambatan pemulihan pasca bedah dengan pendekatan asuhan keperawatan. Pengelolaan dilakukan selama 3 hari. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pelambatan pemulihan pasca bedah yaitu perawatan luka seperti membuka balutan yang sudah kotor, mengkaji luka, membersihkan luka menggunakan NaCl, membuang jaringan yang mati, mengganti balutan dan memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala infeksi.

Hasil pengelolaan masalah teratasi sebagian dengan data subyektif klien mengatakan lukanya sudah membaik. Dan data obyektif yang didapat yaitu luka klien sudah tidak berbau, luka klien berlubang dan ditampon menggunakan kassa, warna luka merah, masih ada sedikit jaringan mati disekitar luka, terdapat sedikit pus.

Dapat disimpulkan pencapaian dalam tindakan perawatan ini yaitu pelambatan pemulihan pasca bedah pada klien belum teratasi. Saran bagi klien dan keluarga di harapkan untuk selalu berhati-hati dalam berkendara, menjaga kesehatan dan keluarga diharapkan dapat memberikan motivasi, membantu klien dalam melakukan perawatan luka secara mandiri untuk mencegah terjadinya infeksi kembali.

KATA KUNCI : Vulnus Laceratum

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan yang maha kuasa karena atas rahmat, bimbingan dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul: **(Asuhan keperawatan pada An.R dengan diagnosa vulnus laceratum di ruang Bedah rumah sakit Umum daerah daya kota Makassar.**

Karya tulis Ilmiah ini telah membantu penulisan untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak dapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai Pendokumentasian, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis ini : Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi tingginya kepada :

1. Prof.Dr.Jamaluddin Jompa,M.Sc , Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Arianti Saleh S.Kp.,M.SI, Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat
4. Syahrul Said,S.Kep.,Ns.,M,Kes.,Ph.D, Selaku wakil dekan Bidang Akademik , Riset dan inovator Fakultas keperawatan Hasanuddin
5. Dr. Erfina,S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku wakil dekan bidang perencanaan keuangan dan sumber daya Fakultas Keperawatan
6. Dr.Takdir Tahir ,S.kep.,Ns.,M.Kes, selaku wakil dekan bidang kemahasiswaan,alumni dan kemitraan fakultas keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Selaku ketua gugusan penjaminan mutu Fakultas keperawat
8. Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep , Salaku ketua program studi DIII Keperawatan Fakultas keperawatan
9. Kepala Rumah Sakit RSUD Kota Makassar
10. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.KMB Selaku Pembimbing I Sekaligus Penguji I
11. Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB Selaku Pembimbing II Sekaligus Penguji II
12. Andi Baso Tombong ,S.Kep.,Ns.,M.ANP Selaku Penguji I
13. Andi Fajri Permana,S.,Kep.,Ns.,M.Sc Selaku Penguji II
14. Seluruh pengolah DIII Keperawatan, Fakultas Keperawatan
15. An.R dan keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikan dirinya sebagai Klien Dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
16. Ibunda Saya Godelifa Wabka Dan Ayahanda Saya Petrus Kaisma,Adek Saya Jefry Kaisma,Roy Kaisma,Erni Kaisma,Sumianti Kaisma,Christian Kaisma Dan semua Keluarga besar marga Kaisma,Selaku Rekan-rekan yang selalu yang berikan dorongan moral dan berbagai bantuan Doa sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
17. Teman- teman seperjuangan Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Angkatan 2019, Jeny riska Tuturop ,Welhelmus Yahui,Natalis Emanuel Kamur,Kornelis Biakat. Selaku Rekan-rekan

yang selalu berikan dorongan moral dan berbagai bantuan Doa sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Makassar..Juni 2022
Penulis,

ENOS KAISMA

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDULL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	8
A. Latar Belakang.....	2
B. Tujuan Penulis.....	3
C. Manfaat Penulis.....	4
D. Metode Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN.....	8
A. Konsep Dasar Vulnus Laceratum.....	8
1. Pengertian.....	8
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	10
4. Insiden.....	11
5. Patofisiologi.....	11
6. Manifestasi Klinik.....	12
7. Pemeriksaan Penunjang.....	12
8. Penatalaksanaan.....	12
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Vulnus Laceratum.....	17
1) Pengkajian Keperawatan.....	17
2) Dampak Kebutuhan Dasar Manusia.....	18
3) Diagnosa Keperawatan Yang Lazim Terjadi.....	23
4) Rencana Keperawatan.....	24
5) Implementasi Keperawatan.....	27
6) Evaluasi.....	28
BAB III TINJAUAN.....	
A. Pengkajian Data.....	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	34
C. Implementasi Keperawatan.....	34
D. Evaluasi.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	39
A. Pengkajian.....	39
B. Diagnosa Keperawatan.....	39
C. Intervensi.....	40

D. Implementasi.....	41
E. Evaluasi.....	42
BAB V PENUTUP.....	43
A. Kesimpulan.....	43
B. Saran.....	44
DAFTAR PUSTAKA.....	45
LAMPIRAN.....	46

BAB I

PENAHULUAN

A. Latar Belakang

Luka adalah sebuah trauma pada jaringan yang mengganggu proses seluler normal (Advanced Wound Care). Luka adalah suatu keadaan ketidak sinambungan jaringan tubuh yang terjadi akibat kekerasan (AriefMansjoer, 2014). Luka dapat diklasifikasikan atas luka terbuka, seperti luka yang diakibatkan benda tajam atau tumpul, luka tertutup seperti luka yang diakibatkan oleh benda tumpul, dan luka kronik seperti ulkus, gesekan, sekresi dan tekanan, keempat, luka akut seperti luka yang diakibatkan oleh benda tajam.(Suriadi,2004).

Kejadian *vulnus laceratum* atau luka akibat benda tumpul sangat sering dijumpai, hal ini dapat disebabkan oleh banyaknya terjadi kecelakaan, baik itu kecelakaan kerja maupun kecelakaan di jalan raya. Hanya saja, jumlah pasien yang datang ke pelayanan kesehatan atau rumah sakit semata-mata untuk melakukan perawatan *vulnus laceratum* tidak tercatat secara pasti, jika ada pasien yang datang ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan dengan *vulnus laceratum*, pada umumnya itu bukanlah keluhan utama, ada keluhan lain yang lebih utama sehingga *laceratum* tidak tercatat sebagai diagnosa medis (MeraDelima, 2013).

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh. luka robek, laserasi atau *vulnus laceratum* merupakan luka yang tepinya tidak rata atau compang - camping disebabkan oleh benda yang permukaannya tidak rata. Penyebab luka terbuka bisa karena trauma oleh benda tajam atau trauma oleh benda tumpul. Luka terbuka yang dibiarkan atau perawatannya tidak benar maka hal-hal yang dapat terjadi diantaranya adalah infeksi yang ditandai terdapat nanah pada luka yang biasanya menimbulkan warna kuning, hijau/coklat tergantung pada jenis bakteri penyebab, dan juga bisa ditandai dengan demam, nyeri tekan serta nyeri pada daerah luka. Terpisahnya luka secara total dapat menimbulkan eviserasi yaitu keluarnya organ visceral melalui luka yg terbuka, serta dapat menimbulkan hematoma yaitu pengumpulan darah lokal dibawah jaringan. Hematoma seperti bengkak/massa yang sering terlihat kebiruan (Sabiston, 2007).

Luka robek, laserasi, atau *vulnus laceratum* merupakan luka yang tepinya tidak rata, compang-camping, bergerigi yang disebabkan oleh benda yang permukaannya tidak rata, seperti luka yang dibuat oleh kaca atau goresan kawat (Smeltzer, Bare, 2001). Angka kejadian luka setiap tahun semakin meningkat, baik luka akut maupun luka kronis. Sebuah penelitian terbaru di Amerika menunjukkan prevalensi pasien dengan luka adalah 3,50 per 1000 populasi penduduk. Mayoritas luka pada penduduk dunia adalah luka karena pembedahan/trauma (48,00%), ulkus kaki (28,00%) dan luka dekubitus (21,00%). Prevalensi penyebab cedera karena terkena benda tajam atau tumpul di Indonesia adalah 7,3% yang mana menempati urutan ketiga sebagai

penyebab cedera tersering setelah jatuh sebesar 40,9% dan kecelakaan bermotor sebesar 40,6% 2.

B. Tujuan Penulisan

- ❖ Tujuan umum Peneliti mampu memberikan asuhan keperawatan kepada An.R dengan diagnosa medis Vulnus laceratum di ruangan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Daya kota Makassar, dari tanggal 01-06 Juni 2022
- ❖ *Tujuan khusus*
 - Peneliti mampu memahami konsep teori Vulnus Laceratum
 - Pengertian Vulnus Laceratum
 - Etiologi Vulnus Laceratum
 - Patofisiologi Vulnus Laceratum
 - Manifestasi klinik Vulnus Laceratum
 - Study Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu memberikan asuhan keperawatan kepada An.R dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu menentukan intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu melakukan impleementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum
 - Peneliti mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Vulnus Laceratum

C. Manfaat Penulisan

- ❖ **Bagi RSUD Daya kota Makassar**

Dapat memahami hasil studi kasus dalam bidang asuhan keperawatan medical bedah dalam mendukung evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan.
- ❖ **Bidang akademi**

Bagi institute pendidikan hasil laporan diharapkan dapat menambah literature perpustakaan dan bidang perpustakaan dalam bidang keperawatan medikal bedah
- ❖ **Bagi masyarakat/keluarga/klien**

Dapat memahami konsep teori penyakit Vulnus laceratum pencegahan luka vulnus laceratum dan pengobatan vulnus laceratum
- ❖ **Bagi profesi**

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan medikal bedah.

D. Metodologi Penelitian

❖ Desain penelitian

Metode Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan. Penjelasan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

❖ Tempat dan waktu pelaksanaan

Bertempat diruangan Bedah rumah sakit umum daerah daya kota Makassar, waktu pelaksanaan mulai hari tanggal 03-06 Juni

❖ Sumber dan tehnik pengumpulan data

Penjelasan yang di gunakan untuk pengumpulan data adalah sebagai berikut:

A. Pengumpulan data primer dengan cara:

▪ Wawancara (komunikasi)

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, pola aktivitas, pola makan, diet yang dilakukan, asuhan keperawatan yang sudah terlaksana dan yang belum terlaksana, sampai evaluasi.

▪ Observasi,

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita Diabetes Melitus untuk memperoleh data berupa data objektif seperti klien tampak lemas, dan lain-lain.

▪ Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mengumpulkan data vulnus laceratum dengan melakukan tehnik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien Vunus laceratum meliputi: Keadaan umum: kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital: kenaikan tekanan darah, suhu dingin. Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan. Pemeriksaan leher: kaku, Pemeriksaan dada: nafas pendek, perubahan irama jantung, takipnea. Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan

B. Pengumpulan data sekunder

Studi dokumentasi Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam rekam medis di ruang Bedah rumah sakit daya kota makassa

❖ Analisa data

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan praktek di mana pada tahap pengkajian pada riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga tidak sesuai dengan teori dan kasus nyata yang di temukan, dan untuk diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata terdapat 3 masalah kesehatan yang sesuai dengan teori, sedangkan menurut diagnose Nanda terdapat 5 masalah keperawatan pada pasien Vulnus Laceratum untuk tahap intervensi ajarkan tehnik releksasi nafas dalam dan jarang di lakukan dan di ajarkan oleh petugas ruangan ,sedangkan menurut teori kozier tehnik releksasi nafas dalam atau tehnik nonfarmakologis, perawat ruangan harus mengajarkan tehnik releksasi nafas dalam karena tehnik tersebut sangat penting untuk di ajarkan kepada pasien agar dapat mengurangi rasa nyeri dan supaya pasien dapat melakukan tehnik tersebut ketika pasien sudah kembali ke rumah,evaluasi keperawatan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit (Vulus Laceratum)

1. Pengertian

Dari beberapa referensi yang memuat tentang vulnus laceratum di antara referensi yang penulis temukan adalah:

- a. Chada (1995) menyatakan “Vulnus (luka) adalah satu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh”.(p.66)
- b. Mansjoer (2000) menyatakan “Vulnus Laceratum merupakan luka terbuka yang terdiri dari akibat kekerasan tumpul yang kuat sehingga melampaui elastisitas kulit atau otot “. (p19)
- c. Vulnus Laceratum (luka robek) adalah luka yang teragedi akibat kekerasan benda tumpul robekan jaringan sering di ikuti kerusakan alat di dalam seperti patah tulang Vulnus Laceratum (luka robek) adalah luka yang terjadi akibat kekerasan benda tumpul robekan jaringan sering diikuti kerusakan alat di dalam seperti patah.

2. Anatomi Fisiologi

1) Kulit.

Prince 2005 menyatakan “secara mikroskopis kulit terdiri dari 3 lapisan epidermis, dermis, lemak subkutan. kulit melindungi tubuh dari trauma dan merupakan benang pertahanan terhadap bakteri ,virus dan jamur. kulit juga merupakan tempat sensasi raba, tekan, suhu, nyeri dan nikmat berkat jahitan ujung syaraf yang saling bertautan”.

- a. Epidermis bagian terluas kulit di bagi menjadi 2 bagian lapisan yaitu:
 - 1) Lapisan tanduk (stratum korneum) terdiri dari lapisan sel-sel tidak ber inti dan bertanduk
 - 2) Lapisan dalam (stratum malpighi) merupakan asal sel permukaan bertanduk setelah mengalami proses diferensiasi.

b. Dermis

Dermis terletak di bawah epidermis dan terdiri dari serabut-serabut kolagen elastin, dan retikulum yang tertanam dalam substansi dasar Matrik kulit mengandung pembuluh-pembuluh darah dan syaraf yang menyokong nutrisi pada epidermis. disekitar pembuluh darah yang kecil terdapat limosit. Limosit sel masuk dan leukosit yang melindungi tubuh dari infeksi -infeksi dan instansi benda-benda asing. Serabut-serabut kolagen, elastin khusus menambahkan sel-sel basal epidermis pada dermis.

c. Lemak Subkutan

Prince (2005) menyatakan “Lemak subkutan merupakan lapisan kulit ketiga yang terletak di bawah dermis. Lapisan ini merupakan bantalan untuk kulit isolasi untuk mempertahankan daya tarik seksual pada kedua jenis kelamin”.

2) Jaringan Otot

Otot adalah jaringan yang mempunyai kemampuan khusus yaitu berkontraksi dengan sedemikian maka pergerakan terlaksana. Otot terdiri dari serabut silindris yang mempunyai sifat sama dengan sel dari jaringan lain. semua sel di ikat menjadi berkas-berkas serabut Kecil oleh sejenis jaringan ikat yang mengandung unsur kontaktil

3) Jaringan saraf terdiri dari 3 unsur :

- a. Unsur berara abu – abu yang membentuk sel saraf
 - b. Unsur Putih seraput saraf
 - c. Neuroclea, Sejenis sel pendukung yang di jumpai hanya dalam saraf dan yang menghimpun serta menopang sel saraf dan serabut saraf
- setiap sel saraf dan prosesnya di sebut neuron. sel saraf terdiri atas pr otoplasma yang berbutir khusus dengan nukleus besar dan

berdinding sel lainnya berbagai juluran timbul (prosesus) timbul dari sel saraf juluran ini mengantarkan rangsangan- rangsangan saraf kepada dan dari sel saraf.

3. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, luka dibagi menjadi dua, yaitu luka mekanik dan luka non mekanik luka mekanik terdiri atas, sebagai berikut:

- a. *Vulnus scissum*, atau luka sayat akibat benda tajam. Pinggir luka terlihat rapi.
- b. *Vulnus contusum*, luka memar dikarenakan cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul.
- c. *Vulnus laceratum*, luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusak yang dalam.
- d. *Vulnus punctum*, luka tusuk yang kecil di bagian luar (bagian mulut luka), akan tetapi besar di bagian dalam luka.
- e. *Vulnus seloferadum*, luka tembak akibat tembakan peluru. Bagian tepi luka tampak kehitam – hitaman.
- f. *Vulnus morcum*, luka bekas gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.
- g. *Vulnus abrasio*, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka dan tidak sampai ke pembuluh darah.
- h. Luka nonmekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, termik, radiasi atau Sengatan listrik.

4. Insiden

Vulnus Laceratum dapat di sebabkan oleh beberapa hal di antaranya :

- 1) Alat yang tumpul
- 2) Jatuh ke benda Tajam dan keras.
- 3) Kecelakaan lalu lintas
- 4) Kecelakaan akibat gigitan

5. Pathofisiologi

Vulnus laceratum terjadi akibat kekerasan benda tumpul, goresan, jatuh kecelakaan sehingga kontinuitas jaringan terputus.ada umumnya respon tubuh terhadap trauma akan terjadi proses peradangan atau inflamasi. reaksi peradangan akan terjadi apabila jaringan terputus dalam keadaan ini ada

peluang besar timbulnya infeksi yang sangat hebat penyebabnya cepat yang di sebabkan oleh mikroorganisme yang biasanya tidak berbahaya reaksi peradangan itu sebenarnya adalah peristiwa yang

dikoordinasikan dengan baik yang dinamis dan kontinyu untuk menimbulkan reaksi peradangan maka jaringan harus hidup dan harus di mikrosekulasikan jika jaringan yang nekrosis luas maka reaksi peradangan tidak di temukan di

tengah jaringan yang hidup dengan sirkulasi yang utuh terjadi pada tepinya antara jaringan mati dan hidup.

Nyeri timbul karena kulit mengalami luka infeksi sehingga terjadi kerusakan jaringan. sel-sel yang rusak akan membentuk zat

6. Manifestasi Klinik

Mansjoer (2000) menyatakan “Manifestasi klinis ,Vulnus laceratum adalah :

- a. Luka tidak teratur
- b. Jaringan rusak
- c. Bengkak
- d. Pendarahan
- e. Akar rambut tampak hancur atau tercabut bila kekerasannya di daerah rambut
- f. Tampak lecet atau memar di setiap luka.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan diagnostik yang perlu di lakukan terutama jenis darah lengkap tujuannya untuk mengetahui tentang infeksi yang terjadi pemeriksaannya melalui laboratorium.
- b. Sel-sel darah putih.leukosit dapat terjadi kecenderungan dengan kehilangan sel pada lesi luka dan respon terhadap proses infeksi.
- c. Hitung darah lengkap hematokrit mungkin tinggi atau lengkap.
- d. Laju endap darah (LED) menunjukkan karakteristik infeksi.
- e. Gula darah random memberikan petunjuk terhadap penyakit diabetes mellitus

8. Penatalaksanaan

Dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antibiotik dan pengangkatan jahitan

1. Evaluasi luka meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik (lokasi dan eksplorasi).

2. Tindakan Antiseptik, prinsipnya untuk membersihkan kulit. Untuk melakukan pencucian/pembersihan luka biasanya digunakan cairan atau larutan antiseptik seperti:

- ✓ Alkohol, sifatnya bakterisida kuat dan cepat (efektif dalam 2 menit).
- ✓ Halogen dan senyawanya.

a) Yodium, merupakan antiseptik yang sangat kuat, berspektrum luas dan dalam konsentrasi 2% membunuh spora dalam 2-3 jam.

b) Povidon Yodium (Betadine, septadine dan isodine), merupakan kompleks yodium dengan polyvinylpirrolidone yang tidak merangsang, mudah dicuci karena larut dalam air dan stabil karena tidak menguap.

c) Yodoform, sudah jarang digunakan. Penggunaan biasanya untuk antiseptik borok.

d) Klorhesidin (Hibiscrub, savlon, hibitane), merupakan senyawa dengan sifat bakterisid dan fungisid, tidak berwarna, mudah larut dalam air, tidak merangsang kulit dan mukosa, dan baunya tidak menusuk hidung.

- ✓ Oksidansia

Kalium permanganat, bersifat bakterisid dan fungisida agak lemah berdasarkan sifat oksidator.

- Perhidrol (Peroksida air, H_2O_2), berkhasiat untuk mengeluarkan kotoran dari dalam luka dan membunuh kuman anaerob.

- ✓ Logam berat dan garamnya

- Merkuri klorida (sublimat), berkhasiat menghambat pertumbuhan bakteri dan jamur.

- Merkurokrom (obat merah) dalam larutan 5-10%. Sifatnya bakterio static lemah, mempercepat keringnya luka dengan cara merangsang timbulnya kerak (korts)

- ✓ Asam borat, sebagai bakteriostatik lemah (konsentrasi 3%).

- ✓ Derivat fenol Trinitrofenol (asam pikrat), kegunaannya sebagai antiseptik wajah dan genitalia eksterna sebelum operasi dan luka bakar. Heksaklorofan (pHisoheks), berkhasiat untuk mencuci tangan.

- ✓ Basa ammonium kuartener, disebut juga etakridin (rivanol), merupakan turunan aridin dan berupa serbuk berwarna kuning dan konsentrasi 0,1%. Kegunaannya sebagai antiseptik borok bernanah, kompres dan irigasi luka terinfeksi (Mansjoer, 2001).

Dalam proses pencucian/pembersihan luka yang perlu diperhatikan adalah pemilihan cairan pencuci dan teknik pencucian luka. Penggunaan cairan pencuci yang tidak tepat akan menghambat pertumbuhan jaringan sehingga memperlama waktu rawat dan meningkatkan biaya perawatan. Pemilihan cairan.

dalam pencucian luka harus cairan yang efektif dan aman terhadap luka. Selain larutan antiseptik yang telah dijelaskan diatas ada cairan pencuci luka lain yang saat ini sering digunakan yaitu Normal Saline. Normal saline atau disebut juga NaCl 0,9%. Cairan ini merupakan cairan yang bersifat fisiologis, non toksik dan tidak mahal. NaCl dalam setiap liter nya mempunyai komposisi natrium klorida 9,0 dengan osmolaritas 308 mOsm/l setara dengan ion-ion Na^+ 154 mEq/l dan Cl^- 154 mEq/l (ISO Indonesia, 2000)

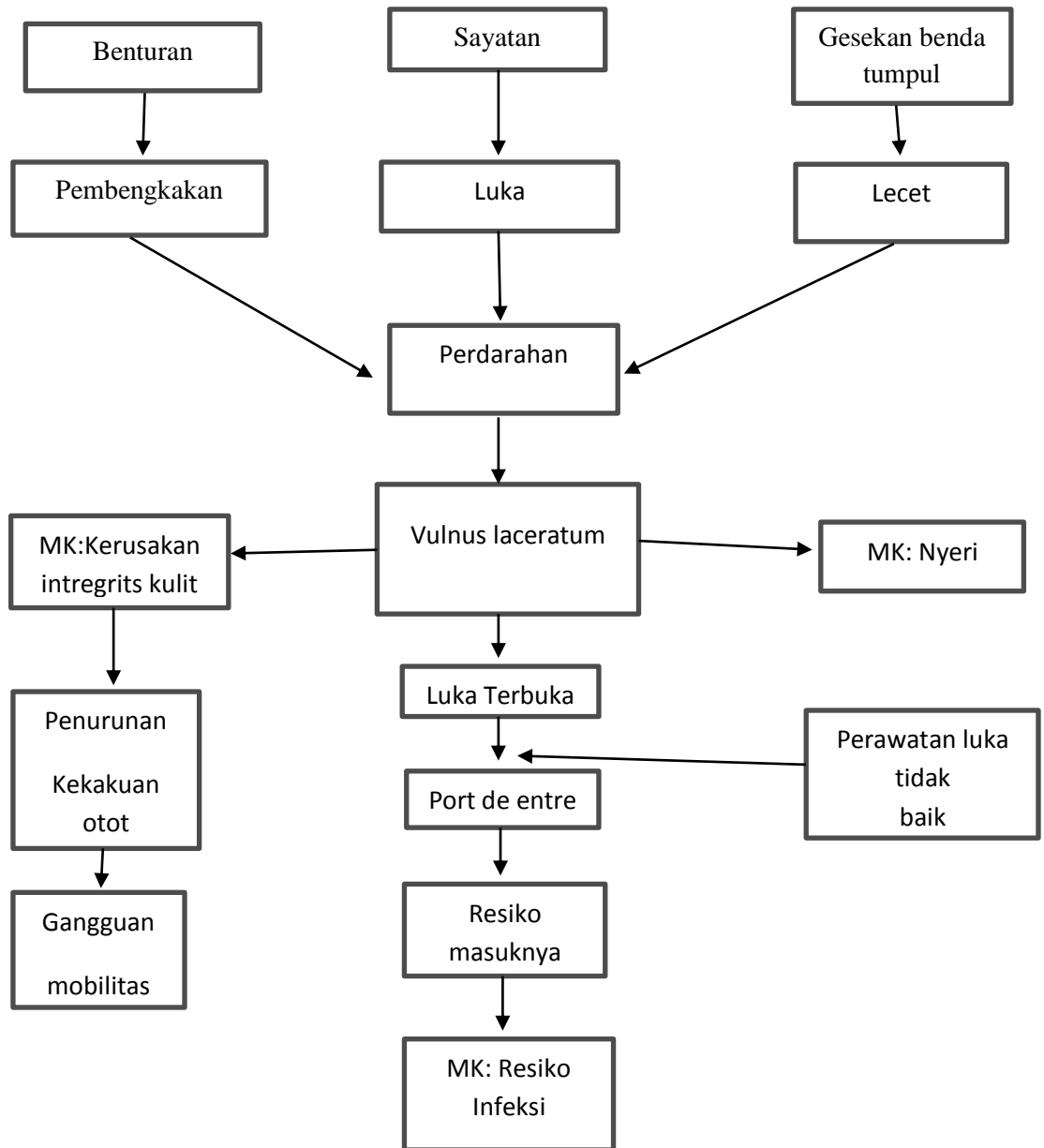
3. Pembersihan Luka Tujuan dilakukannya pembersihan luka adalah meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka; menghindari terjadinya infeksi; membuang jaringan nekrosis dan debris. Beberapa langkah yang harus diperhatikan dalam pembersihan luka yaitu :
 - a. Irigasi dengan sebanyak-banyaknya dengan tujuan untuk membuang jaringan mati dan benda asing
 - b. Hilangkan semua benda asing dan eksisi semua jaringan mati.
 - c. Berikan antiseptik
 - d. Bila diperlukan tindakan ini dapat dilakukan dengan pemberian anestesi lokal.
 - e. Bila perlu lakukan penutupan luka.

4. Penjahitan lukaLuka bersih dan diyakini tidak mengalami infeksi serta berumur kurang dari 8 jamboleh dijahit primer, sedangkan luka yang terkontaminasi berat dan atau tidak terbatas tegas sebaiknya dibiarkan sembuh.
5. Penutupan Luka Adalah mengupayakan kondisi lingkungan yang baik pada luka sehingga proses penyembuhan berlangsung optimal.
6. Pembalutan Pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada penilaiankondisi luka. Pembalutan berfungsi sebagai pelindung terhadap penguapan, infeksi ,mengupayakan lingkungan yang baik bagi luka dalam proses penyembuhan, sebagai fiksasi dan efek penekanan yang mencegah berkumpulnya rembesan darah yang menyebabkan hematoma.
7. Pemberian Antibiotik Prinsipnya pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotic.
8. Komplikasi
 - Kerusakan arteri: Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRTmenurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar, dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.
 - Kompartement Syndrom Kompartement Syndrom merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Ini disebabkan oleh oedema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah.
 - Infeksi
 - Shock Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenas.
 - Kontraktur
 - Hipertropi jaringan parut.

9.

Web of Cautions (WOC)

Bagan 2.1. WOC Vulnus Laseratum



Sumber: Wijaya & Putri, (2013), Smelzter, et al (2010)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Nikmatur Rohma & Saiful Wahid, 2012).

Pengumpulan data klien baik subyektif atau obyektif pada gangguan sistem musculoskeletal dan integument sehubungan dengan cedera jaringan lunak vulnus laseratum, lokasi, ukuran luka, perdarahan, jenis injuri dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Data yang perlu didapati adalah sebagai berikut (Mutaqqin, 2008):

a. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab) : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, golongan darah, hubungan klien dengan keluarga.

b. Keluhan Utama : Setelah dikaji klien mengalami luka (vulnus) dan imobilisasi biasanya mengeluh tidak dapat melakukan pergerakan, nyeri, lemah, dan tidak dapat melakukan aktivitas.

P : Klien mengatakan nyeri pada area luka yang dialaminya

Q : Nyerinya terasa pedih

R : Nyeri berkisar di area luka dan menyebar kesekitar luka

S : Skala nyeri berkisar antara 4 sampai 6

T : Nyeri bisa terus menerus-nerus atau hilang timbul.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Tingkat kesadaran/GCS (14-15), muntah, dispnea/ takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak,lemah, luka pada kepala, akumulasi pada saluran nafas, kejang.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat anti gula, aspirin, vasolidator, obat-obat adiktif, konsumsi alkohol berlebihan.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan dia betes mellitus dan penyakit lainya

2. Dampak terhadap dasar kebutuhan dasar manusia

a. Keadaan umum

Pada klien yang immobilisasi perlu dilihat dalam keadaan umum meliputi postur tubuh, kesadaran, dan gaya bicara klien karena imobilisasi biasanya menyebabkan kelemahan, kebersihan diri kurang. Aktivitas istirahat Apakah ada keterbatasan atau ketidak mampuan melakukan fungsi pada bagian yang terkena mungkin akibat vulnus ini sendiri.

b. Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari pada klien vulnus laeratum meliputi frekuensi makan, jenis makan, porsi makan dan kualitas minum, dan eliminasi yang meliputi BAB (frekuensi, warna, konsistensi) serta BAK (frekuensi, banyaknya urine yang keluar setiap hari dan warna urine). Personal hygiene (frekuensi mandi, gosok gigi, dan cuci rambut serta memotong kuku).

c. Data Psikososial

Pada data psikososial pada klien vulnus laceratum mengkaji mengenai konsep diri (gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri) dan hubungan atau interaksi klien dengan anggota keluarganya maupun lingkungan.

d. Data spiritual

Klien dengan vulnus laceratum perlu dikaji tentang agama dan kepribadiannya, keyakinan, harapan, serta semangat yang ada dalam diri klien untuk kesembuhan klien.

e. Kepala didapatkan adanya bekas laserasi pada bagian kepala akibat trauma yang ditimbulkan Muka meliputi dari:

- 1) Pemeriksaan mata: biasanya pupil membesar atau mengecil akibat, penglihatan terganggu diakibatkan oleh trauma yang dialami.
- 2) Pemeriksaan hidung : normal tidak ada gangguan pada hidung.
- 3) Pemeriksaan mulut : normal tidak ada gangguan pada mulut.
- 4) Pemeriksaan gigi : normal tidak ada gangguan pada gigi.
- 5) Pemeriksaan telinga : normal tidak ada gangguan pada telinga
- 6) Leher tidak ada masalah.

f. Dada

1) Paru paru :

- (1) Inspeksi pergerakan dada biasanya cepat dan dangkal.
- (2) Palpasi, tidak ditemukannya masalah pada dada.
- (3) Perkusi, tidak ditemukannya masalah pada dada.
- (4) Auskultasi, suara nafas wheezing.

2) Jantung :

- 1) Inspeksi tidak ditemukannya kelainan pada abdomen.
 - 2) Auskultasi memeriksa jumlah bising usus selama ± 60 detik.
 - 3) Palpasi tidak ditemukan nyeri tekan atau nyeri lepas di kuadran I, II, III atau IV.
 - 4) Perkusi tidak ditemukannya masalah pada kuadran I, II, III, atau IV.
- g. Pemeriksaan Genitalia, tidak ditemukannya masalah pada bagian Genitalia
- h. Pada pemeriksaan Rectum tidak ditemukan masalah.
- i. Pemeriksaan ekstremitas
- 1) Ekstremitas atas: bagaimana warna kulit kedua tangan, adakah deformitas tulang, adakah edema pada salah satu tangan, bagaimana CRT (Capillary Refill Time), periksa kemampuan pasien untuk fleksi dan ekstensi, kaji kemampuan menggenggam.
 - 2) Sistem Kardiovaskuler
Pada pasien dengan cedera kepala ringan terdapat perubahan tekanan darah yaitu menurunnya tekanan (hipotensi), jika pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial maka pasien mengalami tekanan darah yang meningkat, serta denyut nadi bradikardi kemudian takikardi atau irama jantungnya tidak teratur. Pasien juga dikaji jika adanya keluaran cairan dari mulut, hidung ataupun mulut.
 - 3) Sistem Persyarafan
Secara fisik pasien dengan cedera kepala ringan dikaji tingkat kesadaran pasien 14 sampai 15. gejala biasanya kehilangan

kesadaran, amnesia, vertigo, sinkop, titinus, kehilangan pendengaran, perubahan penglihatan, gangguan pengecap. Tanda biasanya perubahan kesadaran sampai koma, perubahan status mental, perubahan pupil, kehilangan pengindraan, kejang, kehilangan sensasi sebagian tubuh.

4) Sistem Perkemihan

Setelah cedera kepala klien mungkin mengalami inkontinesia urin karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urin karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

5) Sistem Pencernaan

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

6) Sistem penglihatan

Biasanya pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan yang diikuti juga dengan penurunan lapang pandang, refleksi cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor.

7) Sistem Pendengaran

Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan saraf vestibulokoklearis.

8) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya kemungkinan vulnus mengenai bagian otot dan tulang, bisa terjadi fraktur/amputasi pada bagian terkena vulnus.

9) Sistem Integumen

Terdapat laserasi pada bagian vulnus laserarum akibat trauma.

10) Sistem Endokrin

Tidak terjadi gangguan pada sistem endokrin.

11) Data penunjang

- 1) Pemeriksaan rontgen, menentukan lokasi atau luasnya vulnus atau trauma.

- 2) Scan tulang tomogram, skan CI atau MRL, memperlihatkan vulnus juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- 3) Arteriogram, dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
- 4) Menghitung darah lengkap, Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi vulnus atau organ jauh pada trauma multipel).

3. Dignosa Keperawatan

a. Data Analisa

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Perumusan masalah Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan criteria penting dan segera. Penting mencakup kegawatan dan apabila tidak diatasi akan menimbulkan komplikasi, sedangkan segera mencakup waktu misalnya pada pasien stroke yang tidak sadar maka tindakan harus segera dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih parah atau kematian. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu: Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

b. Diagnosa Yang Timbul

Berdasarkan SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang timbul adalah:

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(trauma pada kepala) dibuktikan dengan TD meningkat, Terlihat Meringis, Skala Nyeri diatas rentang normal.
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Kerusakan integritas kulit).

4. Recena Keperawatan

1) Diagnosa Keperawata :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

- a. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun.
- b. Meringis dari meningkat menjadi menurun.
- c. Gelisah dari meningkat menjadi menurun.
- d. Sikap prospektif dari meningkat menjadi menurun.

❖ Perencanaan Keperawatan : Manajemen Nyeri Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frakuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal.
- d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Terapeutik

- a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri.
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Kolaborasi pemberian analgesic

2) Diagnosa Keperawatan : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (robekan). Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil

- a. Kerusakan jaringan dari meningkat menjadi menurun.
- b. Kerusakan lapisan kulit dari meningkat menjadi menurun.
- c. Nyeri dari meningkat menjadi menurun
- d. Perdarahan dari meningkat menjadi menurun.
- e. Kemerahan dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan : Perawatan Luka

Observasi

- a. Monitor karakteristik luka.
- b. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan.
- c. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi

3) Diagnosa Keperawatan Gangguan mobilitas fisik

Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Pergerakan ekstremitas dari menurun menjadi meningkat
- b. Kekuatan otot dari menurun menjadi meningkat.
- c. ROM dari menurun menjadi meningkat.
- d. Gerakan tidak terkoordinasi dari meningkat menjadi menurun.
- e. Gerakan terbatas dari meningkat menjadi menurun.
- f. Kelemahan fisik dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan : Dukungan Mobilisasi

Observasi :

- a. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
- b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Terapeutik

- a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.
- b. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

5. Implementasi Keperawatan

- ❖ Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi Keperawatan : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon non verbal,

mengidentifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, penatalaksanaan pemberian obat ketorolac 30 mg.

Implementasi : Memonitor suhu tubuh, melonggarkan atau melepaskan pakaian, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal, melanjutkan tirah baring, penatalaksanaan pemberian cairan NaCl 0,9% 20 tpm.

- ❖ Diagnosa Keperawatan : Gangguan integritas kulit b/d factor mekanis (robekan) Implementasi Keperawatan : Memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%, memberikan salep sesuai luka, memasang balutan, mempertahankan Teknik steril, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, penatalaksanaan pemberian ceftriaxone 1 gr/IV, mengidentifikasi riwayat alergi terhadap anastesi, mengidentifikasi adanya riwayat keloid, mengidentifikasi jenis jarum yang sesuai, mengidentifikasi metode jahitan yang sesuai, melakukan hecting, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan, mengajarkan cara merawat jahitan.
- ❖ Diagnosa Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular. 36 Implementasi Keperawatan : memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
- ❖ Diagnosa Keperawatan : Risiko Infeksi Implementasi Keperawatan : memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada edema, mencuci tangan, mempertahankan Teknik aseptic, menganjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi.

6. Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Perry & Potter, 2013). Hal yang perlu diingat bahwa evaluasi merupakan proses kontinyu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Selama proses evaluasi perawat membuat keputusan-keputusan klinis dan valuasi Keperawatan

secara terus-menerus mengarah kembali ke asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan actual untuk mencegah terjadinya masalah risikp, dan mempertahankan status kesehatan sejahtera. Proses evaluasi menentukan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan.

Perawat dapat menggunakan format evaluasi SOAP untuk mengevaluasi hasil Perencanaan yang dilakukan. Poin S Merujuk pada respon subjektif pasien setelah diberikan Perencanaan. Poin O pada respon objektif yang dapat diukur pada pasien setelah dilakukannya Perencanaan. Poin A adalah analisis perawat terhadap Perencanaan yang dilakukan. Poin P adalah perencanaan terkait tindakan selanjutnya sesuai analisis yang telah dilakukan sebelumnya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Kasus

1. Nama RM : An.R/251697
2. Jenis Kelami : Laki – laki
3. Umur : 8 Tahun
4. Ruangan : Bedah
5. Tanggal Masuk : 30/05/2022
6. Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah : 111/70 mmhg
 - Nadi : 90x/m
 - Pernapasan : 20x/m
 - Suhu : 36,5 °c
7. Pemeriksaan antropometri
 - Tinggi Badan : 128 cm
 - Berat Badan : 24 kg
 - Keluhan Utama : Keluarga klien menyatakan bahwa ada luka lecet pada kaki sebelah kiri dan kepala sebelah kiri.
8. Diagnosa Medis : Vulnus laceratum
9. Penggunaan Alat bantu : Kursi Roda selama di rumah sakit
10. Riwayat penyakit : Tidak ada
11. Psikososil/Ekonomi : Anak pelajar
12. Status emosi : Kooperatif
13. Sumber informasi : Psien & keluarga
14. Nutrisi : Keluarga Klien menyatakan bahwa makan makanan dalam satu porsi terkadang habis dan tidak abis.
15. Genitourinari : Tidak ada keluhan
16. Ginekologi : Tidak ada masalah di perceraan
17. Neurologi : Tidak ada masalah
18. Integumen : Tidak ada keluhan
19. Medikasi

Tabel 3.1 Tabel Obat

Obat	Dosis/Rute	Tujuan	Cara kerja obat
RL	100ml	Untuk mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.	Intravena
Cefadroxil	2x1	Mengatasi infeksi	Oral
Caftriaxone	1 gram	Mengatasi ifeksi Bakteri	Injeksi
Katorolac	30 gram	Untuk meredakan nyeri akut sedang sampai berat	Injeksi
Ranitidin	150 gram		

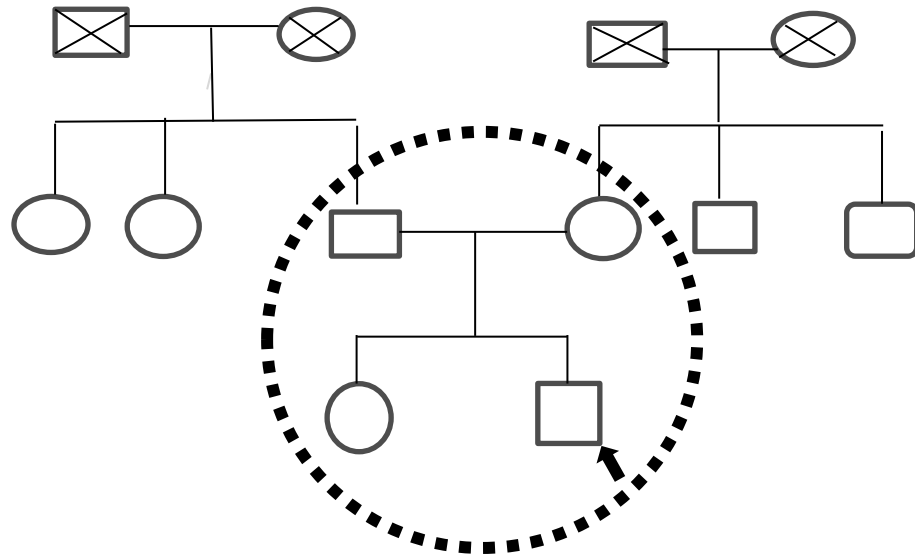
20. Pemeriksaan penunjang :

- Tes Antigen (Swab) yang dilakukan pemeriksaan pada taggal 01 juni 2022 dengan hasil negative
- EKG yang dilakukan pemeriksaan pada tanggal 01 juni 2022
- Thoras Foto
- Pemeriksaan Darah rutin


Tabel 3.2

Pemeriksaan	Hasil	Rentag normal	Interpretasi
Jumlah Leokosit	8.6	$10^3/\text{ul}$	5.0 – 13.0
Jumlah Eritrosit	9.95	$10^6/\text{ul}$	4.00- 5. 30
Hemaglobin	15.2	g/dL	12.0-16.0
Hematorkit	43.4	%	35.0- 45.0
MCV	L77.6	fL	75.0-910
MCH	27.2	Pg	25.0-33.0
MCHC	35.0	g/L	31.0-37.0
Jumlah trombosit	230	$10^3/\text{ul}$	150.400
RDW-CV	39.0	fL	37-54
PDV	14.0	%	10.0-15.0
MPV	10.9	fL	10.0-18.0
P-LCR	31.9	%	9.0-13.0
PCT	0.25	%	02-04

21. Genogram
Gambar 3,2



Keterangan :

-  = Laki-laki
-  = perempuan
-  = meninggal laki-laki
-  = meninggal perempuan
-  = pasien
-  = status perkawinan
-  = tinggal bersama

ANALISA DATA

Data focus	Etiologi	Masalah keperawatan
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien megatakan nyeri pada bekas luka pada kaki sebelah kiri dan kepala sebelah kiri. P : Saat di gerakan Q : Seperti di sayat – sayat R : Pada bagian kaki kiri bawa S : Skala 4 T : Nyeri hilang timbul,namum nyeri sangat terasa jika lukanya ditekan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringgis kesakitan bila ditekan -TTV TD : 110/70 mmhg N : 90X/m P : 20X/m S : 34,6 °C 	<p>Traumatik jaringan</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan Kulit</p> <p>↓</p> <p>Nyeri kepala</p> <p>↓</p> <p>Nyeri kaki</p>	Nyeri akut (adanya luka)
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki sebelah kiri suda bisa digerakan namun terbatas <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang dan bisa bicara bahwa kakinya suda bisa di gerakan namum terbatas 	<p>Penurunan kekakuan otot,kekakuan sendi</p> <p>↓</p> <p>Keterbatasan dalam gerak</p> <p>↓</p> <p>Kurannya gerak pada kaki sebelah kiri dan kepala sebelah kiri.</p>	Hambatan mobilitas Fisik
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dengan sedikit melakukan pergerakan - Klien menyatakan nyeri saat di gerakan dan di tekan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - klien tampak pucat 	<p>kurangnya kebersihan diri</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan dalam membersihkan diri</p> <p>↓</p> <p>Keterbatasan untuk membersihkan diri.</p>	Defisi keperawatan diri

- **DIAGNOSA KEPERAWATAN**
 1. Nyeri akut berhubungan dengan tekanan vulnus laceratum
 2. Gangguan pada hambatan mobilitas fisik
 3. Gangguan defisi keperawatan diri
- **INTERVENSI KEPERAWATAN**

Tabel 3.4

Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intrefesi
Nyeri akut Berhubungan dengan tekanan Vulnus laceratum	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteri hasil : - 4-6 - Pasien mampu mengotrol nyeri - Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal - Tidak mengalami ganggun tidur	<ul style="list-style-type: none"> • Menkaji keadaan luka berikan posisi senyaman mukin • Berikan edukasi tentang manajemen nyeri dan melakukan keperawatan luka • Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat – obatan analgetik
Gangguan pada hambata mobilitas fisik Penurun kekakua otot,kekakua sendi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 di harapkan klien tetap mempertahankan pergerakannya <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kekakua otot 2. Tidak ada masalah di pergerakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji pengetahuan tentang perawatan luka • Libatkan klien dan keluarga saat melakukan perawatan luka • Berikan bengkes tentang cara perawatan luka dan nutrisi yang baik untuk menyembuhkan luka • Ajarkan klien dalam menjaga dan mempertahankan kebersihan pada daerah luka lecet di bagian kaki kiri dan kepala kiri
Gangguan defisi keperawata diri Lemah	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 34 jam diharapkan gangguan defisi keperaata terkontrol dengan kriteria hasil	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Monitor frekuesi tekanan darah sebelum melakuka mobilisasi • Ajarkan klien latihan

	: - Kebersihan di kotrol - Makan,minum di control - Kesadaran dan orientasiya masi baik	ROM • Libatkan keluarga
--	--	----------------------------

• CATATAN PERKEMBANGAN

HARI PERTAMA

Tabel 3.4

Tgl/jam	Implementasi	SOAP
01 Mei 06/22 09 : 32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif - Pertahankan tirah baring selama fase akut 2. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 3. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgesic 5. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. 	<p>Jam 13 : 30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Saat tidak tidur Q : Disayat – sayat R : Kepala dan kaki S : 4 T : Terus menerus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ku : Lemah • Kesadaran : Composmkentis • TD : 110/60 mmhg • P : 18 X/m • S : 36,4^{0C} • N : 72X/m <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
01 Mei 06/22 09 : 32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Monitor kulit akan adanya jaringan mati 3. Observasi luka Lakukan perawatan luka 4. Ajarkan pada keluarga klien tentang perawatan luka 5. Pantau tandatanda vital. 	<p>Jam 13 : 40</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyatakan masih terasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Kesusahan untuk gerak <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan</p>
01 Mei 06/22 09 : 32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi 2. Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyatakan masih terasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak gelisa • Klien tampak lemah

	mengendalikan fungsi sendi 3. Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama 4. Pantau lokasi dan sifat tidak nyamanan 5. Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama 6. Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM	<ul style="list-style-type: none"> Kesusahan untuk bergerak A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan
--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN
HARI KEDUA

Tgl/jam	Implementasi	SOAP
02 Mei 06/22 10 : 00	1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut 3. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgesic 6. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.	Jam 13 : 30 S : <ul style="list-style-type: none"> P : Saat bergerak Q : Disayat – sayat R : Kepala dan kaki S : 4 T : Terus menerus O : <ul style="list-style-type: none"> masih meringis skala nyeri 4 – 6 Kesadaran Composimestris TD : 111/70mmhg P : 20X/m S : 36,2 0C N : 62X/m A : Masalah belum teratasi P : Intrevensi di lanjutkan
02 Mei 06/22 10 : 00	1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Monitor kulit akan adanya luka 3. Observasi luka 4. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril 5. Ajarkan pada keluarga tentang perawatan luka 6. Pantau tandatanda vital.	S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengeluh ada luka dan masih terasa nyeri Klien menyatakan belum bisa untuk di gerakan O : <ul style="list-style-type: none"> Ku baik A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan
02 Mei 06/22 10 : 00	1. Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi 2. Tentukan tingkat motivasi	S : <ul style="list-style-type: none"> Klien menyatan masih terasa nyeri O :

	<p>pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama 4. Pantau lokasi dan sifat tidak nyaman 5. Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama 6. Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM 	<ul style="list-style-type: none"> • Ku : Baik <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan</p>
--	---	---

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI KETIGA

Tgl/jam	Implementasi	SOAP
03 Mei 06/22 10 : 00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut 3. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 4. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgesic 6. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. 	<p>Jam 13 : 30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Saat di gerakan Q : Seperti disayat – sayat R : Kepala dan kaki S : 4 T : Disayat – sayat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ku : Baik • Kesadaran : Composmentis • TD : 112 /70 mmhg P : 20X/m S : 36,3 °C N : 71X/m <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan</p>
03 Mei 06/22 10 : 00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Monitor kulit akan adanya kemerahan 3. Observasi luka 4. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril 5. Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka 6. Pantau tandatanda vital. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyatakan suda bisa di gerakan • Klien menyatakan sebelum tidur melakukan relaksasai nafas dalam • Klien menyatakan suda bisa di gerakan dan suda bisa mandi sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ku : Baik • Kesadaran : Composmentis <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan</p>

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan mengeluarkan hasil dan gambaran antara teori dan temuan kasus pada An.R Dengan diagnosa Vulnus laceratum di ruang keperawatan dedah RSUD daya kota makassar tahun 2022 yang meliputi pengkajian ,diagnosa keperawatan, rencana keperawatan,Tindakan keperawatan

A. Pengkajian

Teori menyatakan bahwa data fokus yang mengarah ke Vulnus laceratum ada dua yaitu: Primary survey menyediakan evaluasi yang sistematis, pendeteksian dan manajemen segera terhadap komplikasi akibat trauma/insiden yang mengancam kehidupan. Tujuan dari primary survey adalah untuk mengidentifikasi dan memperbaiki dengan segera masalah yang mengancam kehidupan. Pengkajian primer pada umumnya menggunakan pendekatan ABCDE yang dapat digunakan ketika menilai dan menangani semua pasien kritis (Harmamo, 2016).

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang pengalaman / respon individu, keluarga, kelompok atau komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan aktual atau potensi atau dasar pemilihan Perencanaan keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggung jawabkan (Heather, 2014). Pada teori diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada vulnus laceratum menurut (Boedihartono, 1994) adalah :

- a. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (robekan).
- e. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular
- f. Gagguan defisi keperawatan

Berdasarkan penkajian di atas, berikut akan di jelaskan masalah keperawatan, batasan kareteritis dan faktor yang berhubungan dengan pada klien dengan Vulnus laceratum

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka lecet
- b. Gangguan mobilitas sifik,kurangnya pergerakan
- c. Gangguan defisi perwatan diri,kurangnya kebersihan

C. Intervensi keperawatan

Intervensi yang di buat oleh penulis sesuai dengan intervensi yang ada pada tinjauan Pustaka (berdasarkan teori), Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang penulis temukan. Adapun diagnosa nyeri akut berhubungan dengan tekanan Vulnus Iceratum Yaitu :

1. Lakukan penkajian komprehensif yang meliputi lokasi, kareteritis, onset /durasi, frekuensi, kualitas , intensitas/beratnya nyeri, dan faktor pencetus
 2. Gunakan strategi komunikasi trapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan klien terhadap nyeri .
 3. Gali pengetahuan dan kepercayaan klien mengenai nyeri.
 4. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup.
 5. Gali faktor – faktor yang dapat menurunkan atau dapat memperberat nyeri
 6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lainnya, mengenai efektivitas tindakan pengontrolan nyeri
 7. Kurangi eliminasi atau faktor – faktor yang meningkatkan nyeri
 8. Dorong klien untuk memonitorin nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (seperti perawatan luka dan pemberian obat – obatan analgetik.
 9. Gali penguasaan metode farmakologi yang di pake klien untuk menurunkan nyeri
 10. Dukung klien untuk istirahat /tidur yang untuk mengurangi nyeri
 11. Berikan klien penurunan yang optimal dengan persiapan analgetik
 12. Memonitorin tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgetik
- Pada diagnosa keperawatan yang kedua Gangguan hambatan mobilitas fisik

Dengan ,Intervensi yang di lakukan :

1. Identifikasi pola aktivitas yang di lakukan fisik pola tidur serta pergerakan yang di lakukan klien.
2. Faktor pengganggu gerak (fisik/psikologis)
3. Faktor pengganggu hambatan gerak
4. Fasilitasi merawat luka, pemberian obat – obatan analgetik

Berdasarkan dengan rencana keperawatan pada An.R dengan Vulnus laceratum

Adalah :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi,frekuesi ,kualitas ,nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri
4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi : nafas dalam ,relaksasi ,dan perawatan luka
5. Berkolaborasi dengan analgetik

D. Implementasi keperawatan

Adapun implementasi untuk diagnose Nyeri akut berubungan dengan adanya Vulnus laceratum yaitu :

1. Mengidentifikasi lokasi ,karakteristik ,durasi ,frekuensi,kualitas nyeri
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi faktor yang memberat dan memperingan nyeri
4. Mengidentifikasi pengetahuan tidur (fisik dan/psikologis
5. Berkolaborasi dengan analgetik

Adapun Implementasi untuk diagnosa gangguan hambatan mobilitas fisik yaitu :

1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan faktor pengganggu gerak
2. Mengidentifikasi faktor pengganggu gerak
3. Mengidentifikasi faktor pengganggu gerak
4. Mengidentifikasi perawatan luka
5. Meningkatkan prosedur untuk Meningkatkan kenyamanan gerak

Adapun Implementasi Untuk diagnosa Defisi keperawatan diri yaitu :

1. Identifikasi faktor kurang perawatan diri
2. Identifikasi kemampuan dalam perawatan diri
3. Mengetahui tanda –tanda kebersihan
4. Mengajarkan pasien dalam melakukan perawatan diri
5. Berkolaborasi pemberian analgetik

E. Evaluasi Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan Nyeri Akut pada An.R dapat teratasi ,Diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas fisik Pada An.R dapat teratasi dan diagnosa Defisi keperawatan diri pada An.R dapat teratasi

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil review karya tulis ilmiah ini dengan judul asuhan keperawatan pada An.R dengan diagnosa Vulnus laceratum di ruangan Bedah RSUD daya kota Makassar penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang di dapatkan pada 01 s/d 03 juni 2022 menunjukan adanya tanda dan gejala yang di rasakan yaitu nyeri kepala dan kaki kiri

2. Diagnosa keperawatan

Pada pengasahan dignosa di temukan yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan defisi keperata diri. di dalam teori yang muncul di temukan ada 3 diagosa keperawatan namun yang sesuai denga teori ada 1 diagnosa keperawatan

3. Pencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik dilakukan secara mandiri mampu klaborasi seperti identifikasi lokasi, krakteristik nyeri, dorasi, frekuensi, nyeri akut, berikan teknik farmakologi dan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motifasi perilaku hidup sehat

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan (implementasi) keperawata di lakukan berdasarkan perencanaan diagnose keperawatan yang dibuat mngkaji nyeri, mengajarkan teknik reklasasi nafas dalam, mengukur tekanan darah da suhu pasien, menghitung nadi dan pernapasan, menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu isterahatnya

5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peniliti pada klien An.R di lakukan selama 3 hari keperawatan di rumah sakit pada tanggal 01 sampai 03 juni 2022 oleh peneliti di buat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti menunjukan bahawa masalah yang di alami sudah teratasi

B. Saran

1. Bagi klien/pasien

Diharapkan komperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang di berikan ,menjalankan pola hidup sehat untuk menjagah komplikasi lebih lanjut penderita Vulnus laceratum teratur mengontrol perawatan luka serta rutin menjaga kebersihan luka.

2. Bagi Keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan klien pada peatalaksanaan Vulnus laceratum keluarga berperan dalam memantau proses penyembuhan luka,mengontrol gerak pada luka klien serta rutin membersihkan luka.

3. Bagi penelitian

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan mampu menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien Vulnus laceratum tersebut .selain itu juga peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang di temukan pada klien.

Begitupun untuk menegakkan diagnosa keperawatan peneliti harus lebih teliti dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosa yang terdapat dalam Stadar diagosa yang terdapat dalam Standar Diagnosa keperawatan (SDKI) Pada intervensi keperawatan di harapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku Standar Luran keperawatan Indonesia (SDKI)

DAFTAR PUSTAKA

Andi. (2015). RAWAT PADA PASIEN VULNUS LACERATUM DI RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN BULUKUMBA. 2, 1–6. Angkasa. (2017).

PERAWATAN LUKA DENGAN CAIRAN NaCl. Jurnal Smart Keperawatan, 4(2). <https://doi.org/10.34310/jskp.v4i2.99> Apriyani. (2019).

Nekrosis kematian sel. Barbara. (1996).

Buku perawatan medikal bedah (suatu pendekatan proses keperawatan) (1st ed.). Bandung: Yayasan IAPK pajajaran bandung. Budiono. (2015).

konsep penyakit. Retrieved from [http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/2241/3/BAB II.pdf](http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/2241/3/BAB%20II.pdf) Cavenett. (2015).

jurnal. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> Decroli, E. (2015).

Laporan Kasus Iskemia pada Jari Tangan Penderita Diabetes Melitus : Suatu Keadaan Peripheral Arterial Disease. 4(2), 654–658 Erin, D. (2015).

Gangrene Diabetik pada Penderita Diabetes Melitus. Jurnal Kedokteran, 2(2), 408–412. Kartika, R. W. (2017).

Pengelolaan gangren kaki Diabetik. Continuing Medical Education, 44(1), 18–22. Kirana. (2019).

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Timbulnya Gangren Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Rsud K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal), 7(1), 192–202. Kristianingrum. (2018).

Keefektifan pencucian luka menggunakan cairan NaCl 0,9%. 1–19. Lipsky. (2016).
Konseling Efektif sebagai Upaya Preventif Gangren pada Penderita DM Di RSUD Gambiran Kota Kediri. (Dm). Meijer. (2018).

Peripheral Arterial Disease in the elderly. PPNI. (2016).

standar diagnosis keperawatan indonesia : Definisi dan indikator diagnostik (1st ed.). jakarta: DPP PPNI. PPNI. (2018a).

Standar intervensi keperawatan indonesia : definisi dan tindakan keperawatan (1st ed.).
jakarta: DPP PPNI. PPNI. (2018b).

Standar luaran keperawatan indonesia : Definisi dan kriteria hasil keperawatan (1st ed.).
Jakarta: DPP PPNI. Pratama, A. D. (2018).

Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Post Amputasi Transtibial Sinistra Akibat
Chronic Limb Ischemia di RSPAD Gatot Soebroto. Jurnal Vokasi Indonesia, 6(2), 33–40.
<https://doi.org/10.7454/jvi.v6i2.121> Rosikhoh, N. I. (2016).

Gambaran Penderita Ulkus Gangren dan Identifikasi Faktor Pemicu Kejadian Ulkus
Gangren Pada Penderita Diabetes Melitus. Retrieved from <http://lib.unimus.ac.id/37/>
Saldi. (2015).

Efektivitas menggunakan larutan NaCl. 30, 52–58. Sihombing, M. (2015).

Infeksi Luka Operasi. (3), 229–235. Smeltzer. (2015).

Gambaran konsep diri. Harga Diri Pada Klien Dengan Amputasi, 7(June), 1–25.

