



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT DENGAN PEMBERIAN
TERAPI DISTRAKSI PADA PASIEN FRAKTUR DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

RISKI WIJAYA
NIM: 201801026

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2021**



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT DENGAN PEMBERIAN
TERAPI DISTRAKSI PADA PASIEN FRAKTUR DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Keperawatan

RISKI WIJAYA
201801026

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT DENGAN
PEMBERIAN TERAPI DISTRAKSI PADA PASIEN
FRAKTUR DI RUMAH SAKIT HARAPAN DAN
DOA KOTA BENGKULU TAHUN 2021**

RISKI WIJAYA

NIM:201801026

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada tanggal
19 Agustus 2021 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

**Dr. Hj. Nur Elly, S.Kp., M.Kes
NIK. 2008.003**

Anggota Penguji

1. H. Sudirman Ansyar, SKM, M.Kes

**2. Ns. Nengke Puspita Sari, MAN
NIDN. 0224058702**

Mengetahui,

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes

NIK. 2008.002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riski wijaya
Nim : 201801026
Program Studi : DIII Keperawatan
Insitusi : Stikes Sapta Bakti Bengkulu

Mengatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir ini yang saya tulis adalah sebenar-benarnya merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang diajukan hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan laporan tugas akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui
Dosen pembimbing

Bengkulu, 19 Agustus 2021
Pembuatan Pernayataan



Ns. Nengke puspita sari, M.A.N
NIDN. 0224058702



Riski wijaya
NIM. 201801026

**“Asuhan Keperawatan Nyeri akut dengan pemberia terapi
distraksi pada pasien Fraktur di Rumah Sakit Harapan Dan Doa
Kota Bengkulu Tahun 2021”**

ABSTRAK

Ix Halaman awal + 98 Halaman inti

Riski wijaya, Nengke Puspita Sari

Masalah : Penelitian terkait kompres dingin dan relaksasi nafas dalam sudah banyak dilakukan dan memberikan hasil yang signifikan dalam menurunkan rasa nyeri. Dari beberapa penelitian tersebut belum tampak penelitian yang mengungkapkan tentang bagaimana pengaruh kombinasi kompres dingin jika dikombinasikan dengan relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri yang terjadi pada penderita yang mengalami nyeri fraktur. **Tujuan :** penelitian: untuk mengetahui pengaruh kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri fraktur. **Metode penelitian :** Penelitian quasy eksperimen one group pre test post test design. Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan metode skala numerik sebelum dan sesudah diberikan kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam kemudian dicatat pada formulir pemeriksaan. Sampel adalah penderita fraktur berjumlah 2 orang. **Hasil Penelitian:** menunjukkan bahwa Kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam memberikan pengaruh yang cukup signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri pada cese fraktur. **Saran:** Selain upaya farmakologi yaitu dengan mengkonsumsi obat pereda rasa nyeri juga terdapat upaya non farmakologi yang bisa dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri fraktur dengan memberikan kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam.

Kata Kunci : kompres dingin, relaksasi nafas dalam, fraktur.

**“Asuhan Keperawatan Nyeri akut dengan pemberia terapi
distraksi pada pasien Fraktur di Rumah Sakit Harapan Dan Doa
Kota Bengkulu Tahun 2021”**

ABSTRACT

Background: Several studies related to cold compress and deep breathing relaxation have been widely performed and provide significant results in relieving pain. From some of these studies have not looked research that reveals about how the effect of cold compress combination if combined with deep breath relaxation to decrease the intensity of pain that occurs in patients who experience fracture pain. **Purpose:** To know the effect of combination of cold compress and deep breath relaxation to decrease intensity of fracture pain. **Method:** One group pre experiment research pre test post test design. In this research, the researcher perform the measurement of pain intensity by using the numerical scale method before and after given the combination of cold compress and deep breath relaxation then recorded on examination form. The sample is fracture sufferer 2 orang. **Result:** The combination of cold compress and breath relaxation give a significant influence on decrease of fracture pain intensity with **Suggestion:** In addition to pharmacological efforts that is by consuming painkillers there are also non pharmacological efforts that can be done to reduce the intensity of fracture pain by providing a combination of cold compress and deep breath relaxation.

Keywords : Cold Compres, Relaxation Breath In, close Fraktur

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan LTA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari ibu Ns. Nengke Puspita Sari, MAN selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti
 2. Ibu Dr. Nur Elly, S. Kp, M. Kes selaku wakil ketua 2 stikes serta ketua penguji 1
 3. Ibu Ns. Siska Iskandar, MAN sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Sapta Bakti
 4. Bapak Sudirman Ansyar, SKM, M. Kes selaku penguji II
 5. Kepada teman-teman angkatan tahun 2018 prodi DIII Keperawatan yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir
- Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Proposal Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, Februari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| DAFTAR BAGAN..... | vi |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR GAMBAR..... | viii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 2 |
| C. Tujuan | 2 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Medis Fraktur | |
| 1. Definisi | 6 |
| 2. Anatomi Fisiologi | 6 |
| 3. Etiologi | 9 |
| 4. Klasifikasi | 10 |
| 5. Patofisiologi | 11 |
| 6. Manifestasi Klinis | 13 |
| 7. WOC (Way of Cause) | 14 |
| 8. Komplikasi | 15 |
| 9. Pemeriksaan Penunjang..... | 16 |
| 10, Penatalaksanaan..... | 16 |
| B. Konsep Nyeri | |
| 1. Definisi | 17 |
| 2. klasifikasi | 18 |
| 3. Etiologi | 20 |
| 4. Manifestasi klinis..... | 20 |
| 5. Pathofisiologis | 21 |
| 6. Komplikasi..... | 21 |
| 7. Penatalaksanaan..... | 21 |
| 8. Skala pengukuran nyeri | 22 |
| C. Konsep komplementer Teknik Distraksi | |
| 1. Definisi | 24 |
| 2. Tujuan | 25 |
| 3. Manfaat | 25 |
| 4. Standar oprasional prosedur (SOP) | 26 |
| D. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Open Fraktur | |
| 1. Pengkajian | 29 |
| 2. Analisa Data | 35 |
| 3. Diagnosa Keperawatan..... | 38 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| 4. Intervensi Keperawatan | 45 |
| 5. Implementasi Keperawatan | 45 |
| 6. Evaluasi | 45 |

BAB III METODE STUDI KASUS

| | |
|--|----|
| A. Desain penelitian | 46 |
| B. Subjek penelitian | 46 |
| C. Definisi Operasional | 46 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian | 47 |
| E. Tahapan Penelitian | 48 |
| F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data | 48 |
| G. Analisa Data dan Penyajian Data | 49 |
| H. Etika Penelitian | 49 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|--------------------|----|
| A. Hasil | 50 |
| B. Pembahasan..... | 87 |

BAB V KESIMPILAN DAN SARAN

| | |
|--------------------|----|
| A. Kesimpulan..... | 95 |
| B. Saran | 97 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Pengkajian anamnesa..... | 25 |
| Tabel 2.2 Analisa data..... | 31 |
| Tabel 2.3 Intervensi keperawatan..... | 34 |
| Tabel 4.1 Hasil Anamnesi pasien | 51 |
| Table 4.2 Hasil pemeriksaan fisik | 56 |
| Table 4.3 Hasil pemeriksaan diagnostic penunjang | 61 |
| Table 4.4 Hasil pemeriksaan radiologi..... | 61 |
| Table 4.5 penatalaksanaan terapi | 62 |
| Tabel 4. 6 Diagnosa keperawatan | 62 |
| Tabel 4.7 Intervensi keperawatan | 67 |
| Tabel 4.8 Implementasi keperawatan | 72 |
| Tabel 4.9 Evaluasi keperawatan | 83 |
| Table 4.9 Evaluasi | 94 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|-------------------------------------|----|
| Bagan 2.1 WOC (Way Of Cause)..... | 13 |
| Bagan 3.1 Tahap penelitian..... | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|----------------------------------|---|
| Gambar 2.1 Anatomi tulang..... | 5 |
| Gambar 2.2 Fraktur tertutup..... | 8 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------------|--|
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |
| RISKESDA | : Riset kesehatan daerah |
| IGD | : Instalasi gawat darurat |
| WOC | : <i>way of cause</i> |
| CRT | : <i>Capiillary refill Time</i> |
| FES | : <i>fat embolism syndrome</i> |
| SOP | : Standar Oprasional Prosedur |
| SDKI | : Standar Diagnosa keperawatan Indonesia |

DAFTAR ISTILAH

| | |
|----------------------------|--|
| <i>Close fraktur</i> | : Adalah keadaan dimana terjadi pereseran atau patahnya tulang tanpa adanya luka pada bagian luar |
| <i>Long bone</i> | : Tulang panjang |
| <i>Short bone</i> | : Tulang pendek |
| <i>Irreguler bone</i> | : Tulang tidak beraturan |
| <i>Flat bone</i> | : Tulang pipi |
| <i>Osteoporosi</i> | : Kondisi tulang memburuk dimana pori-pori tulang mengalami pengeroposan |
| <i>Osteomilitis</i> | : Adalah infeksi tulang dan sum-sum tulang yang disebabkan bakteri piogen dimana mikroorganisme berasal dari fokus ditempat lain beredar melalui sirkulasi darah |
| <i>Osteoarthritis</i> | : Adalah rusak/ menipisnya bantalan sendi dan tulang rawan |
| <i>Fraktur transfersal</i> | : Adalah fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang |
| <i>Fraktur oblik</i> | : Fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang |
| <i>Fraktur spiral</i> | : Fraktur ini cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi luar |
| <i>Fraktur kominitif</i> | : Terputusnya keuntungan jaringan tempat adanya leih dari dua fragmen tulang |
| <i>Fraktur segmental</i> | : Fraktur berdekatan pada suatu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darah |
| <i>Fraktur impaksi</i> | : Ketika dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada diantara satu vertebrata dengan dua vertebrata lainnya |
| <i>Kerusakan arteri</i> | : Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi |

- Syndrome kompartemen*** : Komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknyak otot,tulang ,saraf.
- Fat embolism syndrome*** : Komplikasi serius pada kasus fraktur tulang panjang
- Infeksi*** : System pertahanan tubuh akan rusak bila ada trauma pada jaringan
- Delayed union*** : Merupakan fraktur berkosolidasi sendasi dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung
- Non-union*** : Fraktur yang tidak sembuh dan tidak dapat konsolidasi sehingga terdapat pseudoatosis
- Mal-union*** : Keadaan ketika fraktur menyembuh pada saatnya

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembaran *Informed Consent*
- Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Lembar Penetapan Subjek Penelitian Berdasarkan Data Inklusi
Dan Kriteria Ekskusi
- Lampiran 5 : Lembar Skala Intensitas Nyeri Secara Numerik
- Lampiran 6 : Lembar Observasi
- Lampiran 7 : Lembar izin penelitian
- Lampiran 8 : Lampiran selesai penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nyeri merupakan suatu bentuk pengalaman sensoris dari individu yang bersifat tidak menyenangkan dan terjadi karena adanya suatu kerusakan jaringan di bagian tubuh individu tersebut (Septiani, 2015). Nyeri juga terjadi karena adanya rangsangan mekanik maupun rangsangan kimia pada jaringan kulit.

Nyeri akut berlangsung dalam jangka waktu yang singkat sedangkan nyeri kronik berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Kondisi nyeri banyak ditemukan pada sebagian besar kasus seperti pada kondisi luka bakar, luka tusuk, luka robek serta pada kondisi fraktur baik fraktur terbuka maupun fraktur tertutup (Hidayat dkk, 2014). Fraktur di definisikan sebagai suatu kondisi dimana terputuskan kontinuitas jaringan tulang karena adanya tekanan atau ruda paksa pada tulang yang terjadi karena adanya pukulan, tarikan, puntiran dan tekanan. Gejala yang khas dan biasa dirasakan langsung dari kondisi fraktur adalah adanya rasa nyeri yang terjadi karena adanya spasme otot, tekanan dari patahan tulang dan karena kerusakan jaringan yang berada disekitar tulang, (Lynda, 2015).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) 2018, terdapat 1,3 juta orang menderita patah tulang atau fraktur. Salah satu insiden fraktur tertutup yang paling banyak terjadi karena kecelakaan, dimana sekitar 40% dari insiden kecelakaan menyebabkan kejadian patah tulang atau fraktur. Menurut Riskesdas (2018), bagian tubuh yang terkena cedera terbanyak adalah ekstremitas bagian bawah (67%), ekstremitas bagian atas (32%). Di Indonesia kasus fraktur tertutup yang paling banyak disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, (Maisyaroh dan Rahayu, 2015).

Data dari rekam medis pasien yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit RSHD kota Bengkulu dari tahun 2019 yaitu 31 kasus, kasus fraktur yang paling banyak yaitu fraktur tertutup kejadian fraktur tertutup

sebanyak 27 kasus sedangkan fraktur terbuka sebanyak 4 kasus, pada kasus fraktur laki- laki sebanyak 14 sedangkan pada perempuan sebanyak 13 kasus. Sedangkan tahun 2020 sebanyak 40 kasus Fraktur, kasus yang paling sering terjadi yaitu fraktur tertutup sebanyak 32 kasus sedangkan fraktur terbuka 8 kasus, pada kasus fraktur laki-laki sebanyak 28 kasus, dan pada perempuan sebanyak 12 kasus, (Rekam Medik Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu, 2020).

Penatalaksanaan nyeri pada fraktur dibagi menjadi 2 yaitu manajemen farmakologi dan non farmakologi. Manajemen farmakologi dilakukan oleh dokter yaitu dengan pemberian analgesik menjadi pilihan banyak pasien dalam mengatasi nyeri. Pada keadaan nyeri ringan dapat menggunakan obat seperti anti inflamasi nonsteroid atau parasetamol sedangkan nyeri sedang dapat menggunakan obat seperti tramadol atau codein, dan nyeri berat dapat menggunakan obat morfin. Sedangkan terapi non farmakologis yang dapat diberikan pemberian teknik distraksi.

Distraksi adalah memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian klien ke hal-hal diluar nyeri. Dengan demikian diharapkan, klien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

Dalam pelaksanaan Distraksi ada banyak jenis distraksi yang bisa digunakan yaitu dengan tehnik relaksasi napas dalam,masase, membaca koran, menonton TV (acara kegemaran), mendengarkan musik dan melakukan kegemaran ditempat tidur (menulis buku cerita) dan kompres dingin (Andarmoyo,2013), adapun jenis-jenis distraksi yang bisa digunakan untuk mengatasi nyeri pada fraktur yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam dan kompres dingin.

Teknik Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode manajemen non farmakologi termasuk dalam distraksi. Didapatkan bahwa relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan nyeri pada fraktur. Penggunaan teknik

relaksasi napas dalam akan mengurangi penggunaan analgesik pada pasien, mengurangi efek samping yang terkait dengan obat dan memastikan bahwa pasien akan merasa puas terhadap perawatan (yaban,2019). Relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 15 kali dengan diselingi istirahat 5 kali,tehnik napas dalam diberikan selama 15 menit dan diulangi sampai 4 siklus, tehnik napas dalam diberikan sebanyak 3 kali dalam sehari selama 5-10 menit..

Kompres dingin diketahui memiliki efek yang bisa menurunkan rasa nyeri, menurunkan respon inflamasi jaringan, dan menurunkan aliran darah serta mengurangi edema (Mediarti et al,2015), terapi kompres dingin dilakukan selama 5-10 menit dan dilanjutkan mengukur kembali tekanan darah dan skala nyerinya. Pemberian terapi kompres ini diberikan 2 jam sebelum/setelah pasien mendapatkan terapi obat analgesic.

Sejalan dengan beberapa hasil studi terkait dengan tehnik relaksasi dan kompres dingin pada nyeri pasien *fraktur* yang dilakukan oleh (Yaban,2019), dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat efektifitas pemberian kompres dingin dan relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *fraktur*, hasil penelitian diketahui bahwa terdapat perbedaa yang segnitifan intensitas nyeri setelah diberikan kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam antara kelompok eksperimen dengan kelompok control (Handayani,2019)

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh (Aini dan reskita,2018), menyebutkan bahwa tehnik relaksasi nafas dalam merupakan tehnik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri dengan cara merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan susmsum tulang belakang untuk memproduksi endorphin yang berfungsi sebagai penghambat nyeri, selain dapat mengatasi nyeri tehnik relaksasi napas dalam juga dapat membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi stress fisik dan emosi. Sedangkan hasil penelitian (Mujahidin,2018) menunjukkan kompres dingin memberikan pengaruh yang cukup signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur.

Sebagai peran perawat, peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, peran sebagai advokat pasien, peran coordinator, peran kolaborator, peran konsultan dan pembaharu (hidayat,2017)

Berdasarkan latar belakang di atas maka penelitian tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ Asuhan keperawatan Gangguan Nyeri Dengan Pemberian tehnik Distraksi pada pasien *fraktur* di RSUD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merumuskan masalah penelitian yaitu Asuhan keperawatan nyeri akut dengan pemberian tehnik Distraksi pada pasien *fraktur* di RSHD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya Asuhan keperawatan nyeri akut dengan pemberian tehnik Distraksi pada pasien *fraktur* di RSHD Harapan Dan Doa kota Bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Fraktur di RSHD Kota Bengkulu.
- b. Diperoleh perumusan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami fraktur di RSHD Kota Bengkulu.
- c. Diperoleh perencanaan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami fraktur di RSHD Kota Bengkulu.
- d. Diperoleh tindakan implementasi pada klien yang mengalami fraktur di RSHD Kota Bengkulu.
- e. Diperoleh evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami fraktur di RSHD Kota Bengkulu.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dan pengembangan bagi peneliti selanjutnya.

2. Bagi tempat penelitian

Studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan informasi tentang cara menangani rasa nyeri pada pasien dengan kasus fraktur. Sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan

3. Perkembangan ilmu keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam penanganan rasa nyeri pada pasien fraktur.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Fraktur

1. Definisi

Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017).

Fraktur merupakan istilah dari hilangnya kontinuitas tulang, tulang rawan, baik bersifat total maupun sebagian. Secara ringkas dan umum, fraktur adalah patah tulang yang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Noor, 2017).

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas jaringan tulang yang umumnya disebabkan oleh tekanan atau trauma. Selain itu fraktur merupakan rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan oleh tekanan eksternal yang datang lebih besar dibandingkan dengan yang dapat diserap oleh tulang (Asikin 2016),

2. Klasifikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016), berdasarkan ada tidaknya hubungan antar tulang dibagi menjadi :



Gambar 2.1 Klasifikasi fraktur tertutup dan terbuka

1) Fraktur Terbuka

Adalah patah tulang yang menembus kulit dan memungkinkan adanya hubungan dengan dunia luar serta menjadikan adanya kemungkinan untuk masuknya kuman atau bakteri ke dalam luka. Berdasarkan tingkat keparahannya fraktur terbuka dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar menurut klasifikasi (Gustillo dan Anderson, 2015) yaitu:

a. Derajat I

Kulit terbuka <1cm, biasanya dari dalam ke luar, memar otot yang ringan disebabkan oleh energi rendah atau fraktur dengan luka terbuka menyerong pendek.

b. Derajat II

Kulit terbuka >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas, komponen penghancuran minimal sampai sedang, fraktur dengan luka terbuka melintang sederhana dengan pemecahan minimal.

c. Derajat III

Kerusakan jaringan lunak yang lebih luas, termasuk otot, kulit, dan struktur neurovaskuler, cedera yang disebabkan oleh energi tinggi dengan kehancuran komponen tulang yang parah.

2) Fraktur Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar. Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

a. Derajat 0

Cidera akibat kekuatan yang tidak langsung dengan kerusakan jaringan lunak yang tidak begitu berarti.

b. Derajat 1

Fraktur tertutup yang disebabkan oleh mekanisme energi rendah sampai sedang dengan abrasi superfisial atau memar pada jaringan lunak di permukaan situs fraktur.

c. Derajat 2

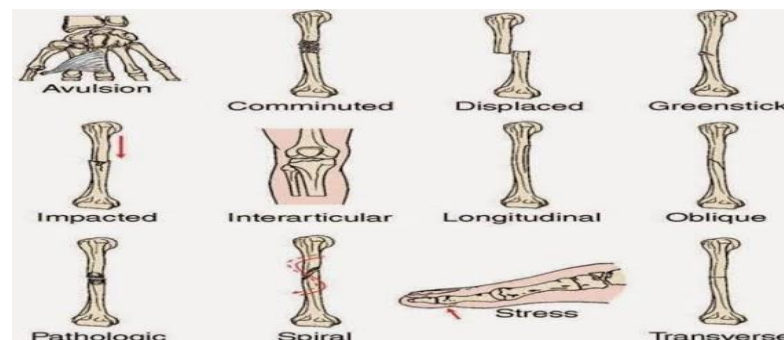
Fraktur tertutup dengan memar yang signifikan pada otot, yang dalam, kulit lecet terkontaminasi yang berkaitan dengan mekanisme energi sedang hingga berat dan cedera tulang, sangat beresiko terkena sindrom kompartemen.

d. Derajat 3

Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsi subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth et al., 2015).

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

Gambar.2.2 Berdasarkan garis fraktur



1) Fraktur Komplet

Yaitu fraktur dimana terjadi patahan diseluruh penampang tulang biasanya disertai dengan perpindahan posisi tulang.

2) Fraktur Inkomplet

Yaitu fraktur yang terjadi hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.

3) Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

4) Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

5) Fraktur Spiral

Yaitu garis fraktur yang memuntir seputar batang tulang sehingga menciptakan pola spiral.

6) Fraktur Kompresi

Terjadi adanya tekanan tulang pada satu sisi bisa disebabkan tekanan, gaya aksial langsung diterapkan diatas sisi fraktur.

7) Fraktur Kominutif

Yaitu apabila terdapat beberapa patahan tulang sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih bagian.

8) Fraktur Impaksi

Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

3. Etiologi

Fraktur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah cedera, stress, dan melemahnya tulang akibat abnormalitas seperti fraktur patologis (Apleys & Solomon, 2018).

Menurut Purwanto (2016) Etiologi/ penyebab terjadinya fraktur adalah

a. Trauma langsung

menyebabkan tekanan langsung pada tulang dan terjadi fraktur pada daerah tekanan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat komunitif dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan. Misalnya karena trauma yang tiba tiba mengenai tulang dengan kekuatan dengan kekuatan yang besar dan tulang tidak mampu menahan trauma tersebut sehingga terjadi patah

b. Trauma tidak langsung

Disebut trauma tidak langsung apabila trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur. Misalnya jatuh dengan tangan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini jaringan lunak tetap utuh, tekanan membengkok yang menyebabkan fraktur transversal, tekanan berputar yang menyebabkan fraktur bersifat spiral atau oblik

c. Kondisi patologis

Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang) Trauma patologis adalah suatu kondisi rapuhnya tulang karena proses patologis. Contohnya

- 1) Osteoporosis terjadi karena kecepatan reabsorpsi tulang melebihi kecepatan pembentukan tulang, sehingga akibatnya tulang menjadi keropos secara cepat dan rapuh sehingga mengalami patah tulang, karena trauma minimal.
- 2) Osteomilitis merupakan infeksi tulang dan sum-sum tulang yang disebabkan oleh bakteri piogen dimana mikroorganisme berasal dari focus ditempat lain dan beredar melalui sirkulasi darah.
- 3) Osteoarthritis itu disebabkan oleh rusak/ menipisnya bantalan sendi dan tulang rawan.

4. Patofisiologi

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel anast berkamulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru amatir yang disebut callus. Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodelling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun

jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom compartment (Brunner & Suddart, 2015).

5. Manifestasi klinis

Rendy (2012), menyatakan bahwa manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan local dan perubahan warna.

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang di imobilisasi, spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
 - b. Setelah terjadi fraktur, bagian-bagian tak dapat digunakan dan cenderung beregrak tidak alamiah vukan seperti normalnya, pergeseran fraktur menyebabkan deformitas, ekstremitas yang bias diketahui dengan membandingkan dangan ekstremitas yang normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat meletakkan otot.
 - c. Pada fraktur panjang, terjadi pendekatan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur
 - d. Saat estremitas do periksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan yang lainnya.
 - e. Pembengkakan dan perubahan warna local pada kulit terjadi sebagai akibat dari trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini biasanya baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera
- Jitowiyono (2010), menyatakan bahwa tanda dan gejala fraktur dapat dibagi menjadi :

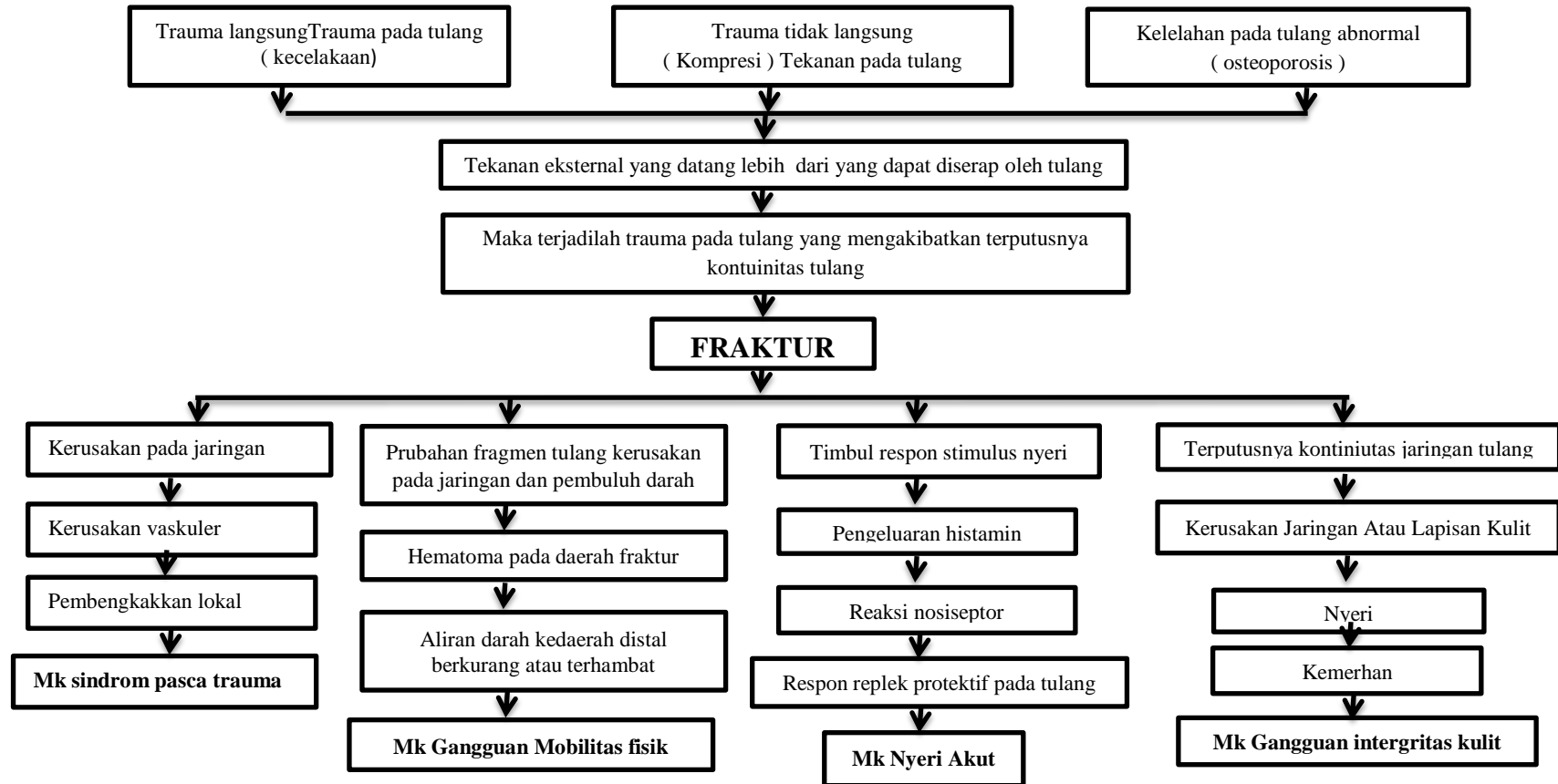
1) Deformitas

Daya tarik kekuatan otot menyebabkan fragmen tulang berpindah dari tempatnya perubahan keseimbangan dan conur terjadi seperti :

- a) Rotasi pendekatan tulang
- b) Penekanan tulang

- 2) Bengkak, edema muncul secara cepat dari lokasi dan ekstravaksi darah dalam jaringan yang berdekatan dengan fraktur
- 3) EChumosis dari pendarahan subcutaneous.
- 4) Spasme otot, spasme involunters dekat fraktur
- 5) Tenderness keempukan
- 6) Nyeri mungkin disebabkan spasme otot tulang berpindah dari tempatnya dan kerusakan struktur di daerah yang berdekatan.
- 7) Kehilangan sensasi (mati rasa, mungkin terjadi karena dari rusaknya saraf/pendarahan)
- 8) Pergerakan abnormal
- 9) Shock hipovolemik hasil dari hilangnya darah
- 10) Krepitasi

6. WOC (Way Of Cause)



Bagan 2.1 Way Of Cause
Sumber NIC NOC,2015

7. Komplikasi

a. Komplikasi Awal

- 1) *Erusakan arteri*. Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT (*Capillary refill Time*) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar, dan dingin pada ekstremitas disebabkan darurat splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi dan pembedahan.
- 2) *Sindrome kompartemen* merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah pada jaringan parut. Hal ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf, dan pembuluh darah atau karena tekanan dari luar seperti gips dan pembebatan yang terlalu kuat.
- 3) *Fat embolism syndrome* (FES) adalah komplikasi serius pada kasus fraktur tulang panjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan *bone marrow* kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan kadar oksigen dalam darah menjadi rendah. Hal tersebut ditandai dengan gangguan pernapasan, takikardia, hipertensi, takipnea dan demam.
- 4) *Infeksi*. Sistem pertahanan tubuh akan rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma ortopedi, infeksi dimulai pada kulit (*superficial*) dan masuk ke dalam. Hal ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tetapi dapat juga karena menggunakan bahan lain dalam pembedahan, seperti pin (ORIF & OREF) dan plat.
 - a) *Nekrosis avaskular* terjadi karena aliran darah rusak atau terganggu sehingga menyebabkan nekrosis tulang.
 - b) *Syok* terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan oksigen menurun.

b. Komplikasi Lama

- 1) *Delayed union* merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan tulang untuk menyambung. Hal ini terjadi karena suplai darah ke tulang menurun. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah.
- 2) *Non-union* adalah fraktur yang tidak sembuh antara 6-5 bulan dan tidak dapat konsolidasi sehingga terdapat pseudoartosis (sendi palsu). Pseudoartosis dapat terjadi tanpa infeksi, tetapi dapat juga terjadi bersama-sama infeksi yang disebut *infected pseudoartosis*.
- 3) *Mal-union* adalah keadaan ketika fraktur menyembuh pada saatnya, tetapi terdapat deformitas yang berbentuk angulasi, varus/valgus, pemendekan, atau union secara menyilang misalnya pada fraktur tibia-fibula. Etiologi *Mal-union* adalah fraktur tanpa pengobatan, pengobatan yang tidak adekuat, reduksi dan imobilisasi yang tidak baik, pengambilan keputusan serta teknik yang salah pada awal pengobatan, osifikasi prematur pada lempeng epifisis karena adanya trauma.

9. Pemeriksaan penunjang

- a. X-ray: menentukan lokasi/luasnya fraktur
- b. Scan tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. Arteriogram: dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler
- d. Hitung darah lengkap: hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan; peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
- e. Kreatinin: trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
- f. Elektromiograf: terdapat kerusakan konduktif saraf akibat fraktur

- g. Atroskopi: di dapatkan jaringan ikat yang rusak atau sobek karena trauma yang berlebihan
- h. Indium imaging: pada pemeriksaan ini adanya di dapatkan infeksi pada tulang
- i. MRI: Menggambarkan semua kerusakan akibat fraktur

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Recognisi atau pengenalan adalah riwayat kecelakaan derajat keparahannya, prinsip pertama yaitu mengetahui dan menilai keadaan fraktur dengan anamnesis, pemeriksaan klinik dan radiologi.
- 2) Reduksi adalah usaha manipulasi fragmen tulang patah untuk kembali seperti asalnya, reduksi ada 2 macam yaitu reduksi tertutup (tanpa operasi), contohnya dengan traksi dan reduksi terbuka (dengan operasi), contohnya dengan fiksasi internal dengan pemasangan pin, kawat, skrup atau batangan logam.
- 3) Retensi adalah metode untuk mempertahankan fragmen selama penyembuhan, dengan fiksasi internal maupun fiksasi eksternal, contohnya GIPS yaitu alat immobilisasi eksternal yang kaku dan dicetak sesuai bentuk tubuh yang dipasang.
- 4) Rehabilitasi dimulai segera dan sesudah dilakukan pengobatan untuk menghindari kontraktur sendi dan atrofi otot, Tujuannya adalah mengurangi edema, memperthankan gerakan sendi, memulihkan kekuatan otot, dan memandu pasien kembali ke aktivitas normal.
- 5) ORIF yaitu pembedahan untuk memperbaiki fungsi dengan mengembalikan stabilitas dan mengurangi nyeri tulang yang putang yang telah direduksi dengan skrap, paku, dan pin logam
- 6) Traksi yaitu pemasangan tarikan ke bagian tubuh, beratnya traksi disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi.

c. Penatalaksanaan Keperawatan

Mengatasi masalah nyeri pada pasien fraktur dapat dilakukandengan 2 cara yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Secara farmakologis yaitu dengan pemberian analgesik menjadi pilihan banyak pasien dalam mengatasi nyeri. Pada keadaan nyeri ringan dapat menggunakan obat seperti antiinflamasi nonsteroid atau parasetamol, nyeri sedang dapat menggunakan obat seperti tramadol atau codein, dan nyeri berat dapat menggunakan obat morfin, Sedangkan terapi non farmakologis yang dapat diberikan yaitu relaksasi nafas dalam (Aini & Reskita,2018), Kompres dingin diketahui memiliki efek yang bisa menurunkan rasa nyeri, menurunkan respon inflamasi jaringan, dan menurunkan aliran darah serta mengurangi edema (Potter & Perry, 2005).

B. Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Lynda, 2015).

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai suatu kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diperdiksi dan berlangsung lebih dari tiga bulan (Nanda, 2015).

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan

atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (Nanda, 2015).

2. Klasifikasi

1. Berdasarkan sumber nyeri, dapat dibagi menjadi:

a. Nyeri somatik luar

Nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Biasanya terasa seperti terbakar, gatal dan terlokalisasi.

b. Nyeri somatik dalam

Nyeri tumpul (dullness) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.

c. Nyeri viseral

Terjadi karena perangsangan organ viseral atau organ yang menutupinya (pleura parietalis, pericardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.

Berdasarkan 5 aksin :

1) Aksin I : lokasi anatomi nyeri.

2) Aksin II : sistem organ primer ditubuh yang berhubungan dengan timbulnya nyeri.

3) Aksin III : karakteristik nyeri (tunggal, regular, kontinu).

4) Aksin IV : awalan terjadinya nyeri

5) Aksin V : etiologi nyeri

2. Berdasarkan jenisnya nyeri juga dapat diklasifikasikan menjadi :

a. Nyeri nosiseptif

Karena kerusakan jaringan baik somatic maupun viseral. Stimulasi nosiseptor baik secara langsung maupun tidak langsung akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik.

b. Nyeri neurogenic

Nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada system saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat saraf perifer, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer.

c. Nyeri psikogenik

Nyeri ini berhubungan dengan adanya gangguan jiwa misalnya cemas dan depresi. Nyeri akan hilang apabila keadaan kejiwaan pasien tenang.

3. Berdasarkan timbulnya nyeri dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Nyeri akut

Nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktivitas saraf otonom seperti: takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis dan perubahan wajah menyeringai atau menangis. Bentuk nyeri akut dapat berupa:

- 1) Nyeri somatik luar: nyeri tajam dikulit, subkutis dan mukosa
- 2) Nyeri somatik dalam :nyeri tumpul pada otot rangka, sendi dan jaringan ikat
- 3) Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ viseral

b. Nyeri kronik

Nyeri berkepanjangan dapat berbulan-bulan tanpa tanda-tanda aktivitas otonom kecuali serangan akut. Nyeri tersebut dapat berupa nyeri yang tetap bertahan sesudah penyembuhan luka (penyakit/operasi) atau awalnya berupa nyeri akut lalu menetap sampai melebihi 3 bulan.

4. Berdasarkan derajat nyeri dikelompokkan menjadi:

- a. Nyeri ringan adalah nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari hari dan menjelang tidur.
- b. Nyeri sedang adalah nyeri terus-menerus, aktivitas terganggu yang hanya hilang bila penderita tidur.

- c. Nyeri berat adalah nyeri terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan sering terjaga akibat nyeri.

3. Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2015) etiologi fraktur terdiri dari :

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan pada jaringan bedah atau cedera.
- b. Iskemik jaringan
- c. Spasmus merupakan suatu keadaan kontraksi yang tidak disadari atau terkendali dan sering menimbulkan rasa sakit. Spasme biasanya terjadi pada otot yang kelelahan dan bekerja berlebihan, khususnya ketika otot tegang berlebihan atau diam menahan posisi yang tetap dalam waktu yang lama.
- d. Inflamasi pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan lokal dan juga ada pengeluaran zat kimia bioaktif lainnya.
- e. Postop
- f. Tanda dan gejala fisik
- g. Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom.
- h. Efek perilaku
- i. Klien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Klien seringkali meringis.
- j. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Muttaqin, 2015 yaitu :

- a. Gangguan tidur
- b. Posisi menghindari nyeri
- c. Raut wajah kesakitan
- d. Perubahan nafsu makan

- e. Tekanan darah meningkat
- f. Nadi meningkat
- g. Gerakan menghindari nyeri
- h. Pernafasan meningkat

5. Pathofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanik sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Mubarak dalam jitowiyono,2016)

6. Komplikasi

Menurut Muttaqin, 2015 komplikasi terdiri dari :

- a. Edema pulmonal
- b. Kejang
- c. Masalah mobilisasi
- d. Hipertensi
- e. Hipovolemik
- f. Hipertermi

7. Penatalaksanaan

- a. Non farmakologis (Distraksi)

Merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa pada nyeri yang di alami

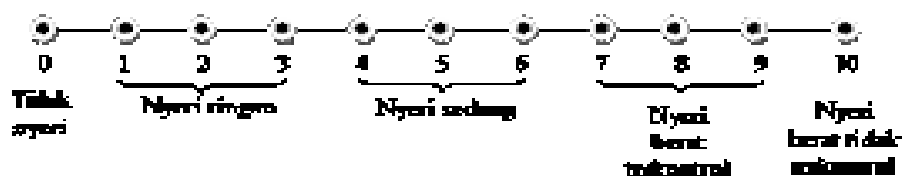
b. Farmakologis

Kategori obat-obatan analgesik terdapat tiga macam obat-obatan untuk mengontrol nyeri yaitu analgesik non opiatik analgesik opiat analgesik adjuvant.

8. Skala pengukuran nyeri

a. NRS (*Numeric Rating Scale*)

Metode ini didasarkan pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut daripada VAS dan VRS.



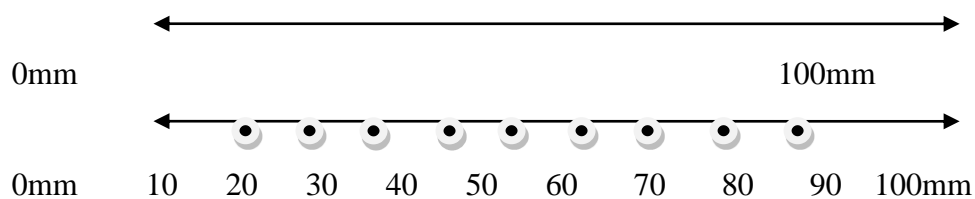
Gambar 2.2 skala nyeri NR

b. VAS (*Visual Analogue Scale*)

VAS adalah suatu instrumen yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri dengan menggunakan sebuah tabel garis 10 cm dengan pembacaan skala 0–100 mm dengan rentangan makna:

Cara penilaiannya adalah penderita menandai sendiri dengan pensil pada nilai skala yang sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakannya setelah diberi penjelasan dari peneliti tentang makna dari setiap skala tersebut. Penentuan skor VAS dilakukan dengan mengukur jarak antara ujung garis yang menunjukkan tidak nyeri hingga ke titik yang ditunjukkan pasien.

Gambar 2.3 Skala VAS untuk Pasien dan untuk Fisioterapis



Tidak Nyeri

Sangat Nyeri

- a. Penderita sadar atau tidak mengalami gangguan mental/kognitif sehingga dapat berkomunikasi dengan fisioterapis
- b. Penderita dapat melihat dengan jelas, sehingga penderita dapat menunjuk titik pada skala VAS berkaitan dengan kualitas nyeri yang dirasakannya.
- c. Penderita kooperatif, sehingga pengukuran nyeri dapat terlaksana.
Catatan: anak kecil, meskipun sadar, namun tidak kooperatif untuk berkomunikasi.

Agar pengukuran dapat berjalan sebagai mestinya, sebelum dilakukan pengukuran pasien diberi penjelasan mengenai pengukuran yang akan dilakukan beserta prosedurnya. Kemudian pasien diminta untuk memberi tanda pada garis sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

VAS merupakan metode pengukuran intensitas nyeri yang sensitif, murah dan mudah dibuat, VAS lebih sensitif dan lebih akurat dalam mengukur nyeri dibandingkan dengan pengukuran deskriptif, Mempunyai korelasi yang baik dengan pengukuran yang lain, VAS dapat diaplikasikan pada semua pasien, tidak tergantung bahasa bahkan dapat digunakan pada anak-anak di atas usia 5 tahun, VAS dapat digunakan untuk mengukur semua jenis nyeri namun VAS juga memiliki kekurangan yaitu VAS memerlukan pengukuran yang teliti untuk memberikan penilaian, pasien harus hadir saat dilakukan pengukuran, serta secara visual dan kognitif mampu melakukan pengukuran. VAS sangat bergantung pada pemahaman pasien terhadap alat ukur tersebut. Sehingga edukasi / penjelasan terapis / pengukur tentang VAS terhadap pasien sangat dibutuhkan.

Berikut ini jenis-jenis skala nyeri berdasarkan nilai angka yaitu :

- 1) Skala 0 : Tidak nyeri
- 2) Skala 1 : Nyeri sangat ringan
- 3) Skala 2 : Nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak sakit.
- 4) Skala 3 : Nyeri sudah mulai berasa, namun masih bisa ditoleransi.
- 5) Skala 4 : Nyeri cukup mengganggu (Contoh : nyeri sakit gigi)
- 6) Skala 5 : Nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
- 7) Skala 6 : Nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan
- 8) Skala 7 : Nyeri sudah tidak bisa melakukan aktivitas
- 9) Skala 8 : Nyeri mengakibatkan tidak mampu berfikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku
- 10) Skala 9 : Nyeri mengakibatkan menjerit-jerit dan mengakibatkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
- 11) Skala 10 : Nyeri berada di tahap yang paling parah dan dapat menyebabkan tidak sadarkan diri.

C. Konsep komplementer Teknik Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian klien ke hal-hal diluar nyeri. Dengan demikian diharapkan, klien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

Dalam pelaksanaan Distraksi ada banyak jenis distraksi yang bisa digunakan salah-satunya yaitu dengan tehnik relaksasi napas dalam,masase, membaca koran, menonton TV (acara kegemaran), mendengarkan musik dan melakukan kegemaran ditempat tidur (menulis buku cerita) dan kompres dingin (Andarmoyo, 2013), adapun jenis-jenis distraksi yang digunakan untuk

mengatasi nyeri pada fraktur yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam dan kompres dingin.

1. Teknik relaksasi

a. Definisi

Teknik relaksasi Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh Teknik relaksasi berguna dalam berbagai situasi, misalnya nyeri, cemas, kurangnya kebutuhan tidur, stres, serta emosi yang ditunjukkan. Relaksasi memelihara reaksi tubuh terhadap respon fight or flight, penurunan respirasi, nadi, dan jumlah metabolik, tekanan darah dan energi yang digunakan.

b. Tujuan

Smeltzer dan Bare (2013) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

c. Manfaat

1) Manfaat relaksasi

Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan; penurunan konsumsi oksigen; penurunan ketegangan otot; penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran; kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan; tidak ada perubahan posisi yang volunteer; perasaan damai dan sejahtera; periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

2) Manfaat relaksasi nafas dalam

Manfaatnya dilakukan teknik relaksasi nafas dalam mengalami penurunan, dimana diperoleh tingkat nyeri sedang menjadi ringan, tingkat nyeri sedang dengan sikap responden yang meringis, menyeringai dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat

medeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik, sedangkan intensitas nyeri ringan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik, aktif, tersenyum, bercanda dan ceria serta pasien terlihat tampak lebih rileks dari sebelumnya. Hal ini disebabkan dengan teknik relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkafalin.

d. Standar Oprasional Prosedur (SOP)

Penerapan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 3 seri setiap hari. Dalam satu sesi responde melakukan teknik relaksasi nafas dalam sebanyak 5 kali- 15 kali dengan latihan 5 menit istirahat. Penerapan ini dilakukan 3-4 jam setelah pemberian obat analgesic. Dan dilakukan menghirup oksigen dari hidung, kemudian ditahan hingga 7 detik atau 7 hitungan kemudian dikeluarkan lewat mulut sambil dirasakan diseluruh tubuh.

1) Tahap prainteraksi

- a) Membaca status pasien
- b) Mencuci tangan
- c) Meyiapkan alat

2) Tahap orientasi

- a) Memberikan salam teraupetik
- b) Menjaga perivacy pasien
- c) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasiendan keluarga

3) Tahap kerja

- a) Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada ynag kurang jelas
- b) Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik
- c) Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap

bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya

- d) Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
- e) Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh.
- f) Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jaritangan dan kahi dan rasakan kehangatannya.
- g) Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.
- h) Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

2. Kompres Dingin

a. Definisi

Kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologi. Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi pendarahan serta edema. Diperkirakan bahwa terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga implus nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Mekanisme lain yang memungkinkan bekerja adalah bahwa persepsi dingin menjadi dominan dan mengurangi persepsi nyeri.

b. Tujuan

Menyatakan bahwa tujuan dari kompres dingin adalah menurunkan suhu tubuh, mengurangi kongesti, mengurangi pendarahan setempat, mengurangi rasa sakit pada daerah setempat, untuk keseleo atau fraktur, berlebihan pada atlet atau luka memar.

c. Mafaat

Kompres dingin berfungsi sebagai pertolongan pertama pada cedera, juga untuk perawatan lanjutan setelah pengobatan, kompres dingin juga memberikan efek fisiologis seperti menurunkan respon inflamasi jaringan, menurunkan aliran darah dan mengurangi edema, kompres dingin dapat bermanfaat bagi pasien yang mengalami penurunan nyeri yang signifikan

d. Standar Operasional Prosedur

Kompres dingin dianjurkan untuk dilakukan minimal tiga kali pada luka yang membengkak dan meradang, kompres dingin selama 10 menit, sekali satu jam setelah itu lakukan kompres dingin 15-20 menit, sebanyak 3 kali dalam sehari. Lakukan dipagi hari, siang atau sore, dan lakukan kompres dingin selama nyeri dirasakan

- 1) Tahap pra-interaksi
 - a) Membaca status pasien
 - b) Mencuci tangan
 - c) Meyiapkan alat
- 2) Tahap orientasi
 - a) Memberikan salam terapeutik
 - b) Menjaga privasi pasien
 - c) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
- 3) Tahap kerja
 - a) Periksa dan yakinkan tentang program pengobatan
 - b) Siapkan peralatan secara ergonomis
 - c) Jelaskan pada pasien prosedur yang akan dilakukan
 - d) Atur posisi pasien
 - e) Cuci tangan di air mengalir dengan sabun keringkan dengan handuk
 - f) Masukkan potongan es ke dalam udara biasa untuk menghilangkan ujung-ujung es yang runcing

- g) Masukkan potongan es dalam keribut es sampai 2/3 bagian
- h) Keluarkan udara
- i) Menutup keribut es
- j) Memeriksa apakah kribut es bocor/tidak
- k) Pasang sarung pada kribut es
- l) Kaji respon pasien
- m) Bereskan alat dan buang sampah

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Close Fraktur

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang paling penting dalam proses keperawatan. Jika langkah ini tidak di tangani dengan baik, perawat akan kehilangan kontrol atas langkah-langkah selanjutnya dari proses keperawatan. Tanpa pengkajian keperawatan yang tepat, tidak ada diagnose keperawatan, dan tanpa diagnose keperawatan, tidak ada tindakan keperawatan mandiri (Herman, 2015)

a) Pengkajian Anamnesa

Tabel 2.1 Pengkajian anamnesa

| No | Anamnesa | Hasil anamnesa |
|----|-------------------|--|
| 1. | Identitas | Nama, umur, alamat, pekerjaan, pendidikan, status, agama, Penanggung Jawab, No RM, tanggal masuk RS, No Hp, diagnosa Medik. Biasanya kasus fraktur dapat terjadi pada semua golongan umur dan tingkat kejadian fraktur bisa terjadi pada perempuan maupun laki-laki. |
| 2. | Triase | Triase kuning/gawat tidak mengancam jiwa, harus segera ditangani dalam waktu kurang dari 30 menit |
| 3. | Pengkajian Primer | <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Airway</i> Pada pasien dengan close fraktur biasanya di temukan bersihan jalan nafas bersih tidak ada sumbatan benda asing, darah, sputum, maupun bronkospasme, sura nafas vesikuler. b. <i>Breathing</i> Pada pasien dengan close fraktur biasanya tidak ditemukan keluhan sesak napas, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, napas |

| | |
|------------------------|---|
| | regular, RR dalam batas normal 22-24 kali permenit. |
| | c. <i>Circulation</i> Pada pasien close fraktur setelah terjadinya koma biasanya ditemukan kondisi peningkatan Nadi akibat cemas yang dialami setelah terjadinya fraktur, sehingga sering ditemukan frekuensi nadi meningkat lebih dari normal, dan diikuti dengan peningkatan tekanan darah, namun irama nadi regular, biasanya ditemukan akral dingin, cyanosis, dan CRT (<i>apillary refill time</i>) > 2 detik jika ditemukan ada perdarahan pada open fraktur, ada nyeri pada daerah fraktur. |
| 4. Pengkajian sekunder | <p>a. Keluhan utama Keluhan utamanya adalah rasa nyeri di sekitar trauma, sakit di daera trauma apabila bergerak dan daerah trauma sulit digerakkan. Selain itu klien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klie digunakan menurut Padila (2012) bila nyeri = PQRST Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan menurut Padila (2012) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Provoking incident</i> : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri 2) <i>Quality of pain</i> : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk 3) <i>Region : Radiation, relief</i> : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi. 4) <i>Severity (scale) of pain</i> : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya. <i>Time</i> : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari <p>b. Riwayat kesehatan dahulu Perlu diketahui pada riwayat penyakit sebelumnya, pasien pernah mengalami osteoporosis, hipertensi. Perlu diketahui riwayat cedera atau fraktur sebelumnya, serta penyakit</p> |

lainnya.

- c. Riwayat penyakit keluarga
Factor genetic tidak termasuk pada timbulnya penyakit fraktur kecuali klien yang menderita diabetes pada keluarga akan menyebabkan komplikasi.
- d. Riwayat alergi
Mengetahui ada atau tidaknya alergi terhadap obat-obatan, jika setelah dilakukan skin test terdapat kemerahan berarti positif mempunyai riwayat alergi terhadap obat-obatan, dan akan berdampak pada tindakan perawatan selanjutnya (Muttaqin dan Sari, 2013)

5. Pemeriksaan Fisik

- 1. Keadaan umum
 - 1) Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
 - 2) Tanda-tanda vital : pasien dengan open fraktur yang mengalami nyeri biasanya mengalami peningkatan tekanan darah diatas 120/80 mmHg, peningkatan nadi diatas 100x/i.
 - 3) Pantau keseimbangan cairan
Observasi resiko syok hipovolemia akibat kehilangan darah pada pasien dengan open fraktur.
 - 4) Observasi tanda infeksi (infeksi luka terjadi 5-9 hari, flebitis biasanya timbul selama minggu kedua) dan tanda vital
 - 5) Kaji komplikasi tromboembolik : kaji tungkai untuk tandai nyeri tekan, panas, kemerahan, dan edema pada betis
 - 6) Kaji komplikasi emboli lemak : perubahan pola panas, tingkah laku, dan tingkat kesadaran
 - 7) Kaji kemungkinan komplikasi paru dan jantung : observasi perubahan frekuensi frekuensi nadi, pernafasan, warna kulit, suhu tubuh, riwayat penyakit paru, dan jantung sebelumnya
Kaji pernafasan : infeksi, kondisi yang kronis atau batuk dan merokok.
 - 2. Pemeriksaan body system
 - 1) System Integumen kaji ada tidaknya eritema, bengkak, oedema, nyeri tekan.
 - 2) Kepala kaji bentuk kepala, apakah terdapat
-

-
- benjolan, apakah ada nyeri kepala
- 3) Leher kaji ada tidaknya penjolankelenjar tiroid, dan reflek menelan.
 - 4) Muka kaji ekspresi wajah klien wajah, ada tidak perubahan fungsi maupun bentuk. Ada atau tidak lesi, ada tidak oedema.
 - 5) Mata kaji konjungtiva anemis atau tidak (karena tidak terjadi perdarahan).
 - 6) Telinga kaji ada tidaknya lesi, nyeri tekan, dan penggunaan alat bantu pendengaran.
 - 7) Hidung kaji ada tidaknya deformitas, dan pernapasan cuping hidung.
 - 8) Mulut dan Faring kaji ada atau tidak pembesaran tonsil, perdarahan gusi, kaji mukosa bibir pucat atau tidak.

Pernapasan :

- a. Inspeksi : kaji ada tidaknya pernapasan meningkat.
- b. Palpasi : kaji pergerakan sama atau simetris, fermitus raba sama.
- c. Perkusi : kaji ada tidaknya redup atau suara tambahan.
- d. Auskultasi : kaji ada tidaknya suara nafas tambahan

Kardiovaskuler :

- a. Inspeksi : kaji ada tidaknya iktus jantung.
- b. Palpasi : kaji ada tidaknya nadi meningkat, iktus teraba atau tidak.
- c. Perkusi : kaji suara perkusi pada jantung
- d. Auskultasi : kaji adanya suara tambahan

Abdomen :

- a. Inspeksi : kaji kesimetrisan, ada atau tidak hernia
- b. Auskultasi : kaji suara Peristaltik usus klien
- c. Perkusi : kaji adanya suara
- d. Palpasi : ada atau tidak nyeri tekan.

Ekstremitas :

- a. Atas : kaji kekuatan otot, rom kanandan kiri, capillary refile, perubahan bentuk tulang
- b. Bawah : kaji kekuatan otot, rom kanan dan kiri, capillary
- a. refile, dan perubahan bentuk tulang

-
- | | |
|----------------------------------|--|
| 6. Pemeriksaan Diagnostik | <ol style="list-style-type: none"> a. X-ray: menentukan lokasi/luasnya fraktur b. Scan tulang: memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lun c. Arteriogram: dilakukan untuk memastikan ada |
|----------------------------------|--|
-

tidaknya kerusakan vaskuler

- d. Hitung darah lengkap: hemokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan; peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan
 - e. Kretinin: trauma otot meningkatkan beban kretinin untuk klirens ginjal
 - f. Elektromiograf: terdapat kerusakan konduksi saraf akibat fraktur
-

2. Diagnosa keperawatan

a. Analisa Data

Tabel 2.2 Analisah Data

| No | Analisa data | Etiologi | Masalah keperawatan |
|----|--|---|----------------------------|
| 1. | Ds : Do : 1. tampak meringis 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur 5. Pola napas berubah 6. Tekanan darah meningkat | Terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang ↓ Menekan saraf perasa nyeri ↓ Stimulasi Neurotransmitter nyeri ↓ Pelepasan mediator prostagladin ↓ Respon nyeri hebat da akut ↓ Nyeri akut | Nyeri aku |
| 2. | DS : DO : 1. Kerusakan jaringan dan intergritas kulit dan jaringan 2. Nyeri 3. Kemerahan | Terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang ↓ Kerusakan jarigan atau lapisa kulit ↓ Nyeri ↓ Kemerahan ↓ Hematoma ↓ Gagguan intergritas kulit | Gangguan intergritas kulit |
| 3. | Ds : DO : 1. Kekuantan otot 2. menurun 3. Retang gerak 4. menurun 5. Sendi kaku 6. Gerakan terbatas 7. Fisik lemah | Perubahan fragmen tulang krusakan pada jaringan dan pembukuh darah ↓ Hematoma pada daerah fraktur ↓ Alira darah ke daerah distal berkurang atau terhambat ↓ Gangguan mobilitas fisik | Gangguan mobilitas fisik |

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri.
- 2) Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas fisik ditandai dengan nyeri hematoma
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas, nyeri saat bergerak

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan

| No | Dx. Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--|---|---|
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri. | <p>Tujuan : Diharapkan selama asuhan keperawatan tingkat nyeri selama 2x24 jam menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun 5 Meringis menurun 5 Sikap protektif menurun 5 Gelisah menurun 5 Frekuensi nadi membaik 5 Tekanan darah membaik 5 | <p>Intervensi utama : Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi keyakinan dan pengetahuan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi respon nyeri terhadap kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis Distraksi (kompres dingin dan relaksasi nafas dalam) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri |

-
- c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - d. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu kompres dingin dan rrelaksasi nafas dalam

Kolaborasi :

- a. Kolaborasikan pemberian anlgetik, jika perlu

Intervensi pendukung : Teknik Distraksi

Observasi :

- a. Identifikasi pilihan teknik distrasi yang di inginkan (kompres dingi dan relaksasi nafas dalam)

Teraupetik :

- a. Gunakan teknik distraksi yaiu kompres digin dan relaksasi nafas dalam

Edukasi :

- a. Jelaskan manfaat dan jenis distraksi bagi panca indra (kompres dingin dan relaksasi nafas dalam
 - b. Ajarkan penggunaan tekik sesuai dengan tingkat energi, kemampuan, usia, tingkat perkembangan
 - c. Anjurkan berlatih teknik distraksi
-

| | | |
|---|--|--|
| 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan mengeluh sulit bergerak, nyeri saat bergerak dan gerakan terbatas | Tujuan : Diharapkan selama 2x24 jam asuhan keperawatan mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil : a. Pergerakan ekstermitas meningkat 5 b. Kekuatan otot meningkat 5 c. Rentang gerak (ROM) meningkat 5 | Intervensi utama : Dukungan Ambulasi Observasi : a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Teraupetik : a. Fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis.tongkat.kruk) b. Fasilitas melakukan mobilisasi fisik c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b. anjurkan melakukan ambulasi dini c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur ke kursi roda,berjalan sesuai toleransi) |
|---|--|--|

Intervensi pendukung : manajemen nyeri**Observasi**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. identifikasi skala nyeri
- c. identifikasi respon nyeri non verbal
- d. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- e. monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik

- a. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b. control lingkungan yang memperhambat nyeri
- c. fasilitas istirahat dan tidur
- d. pertimbangan etiologi dan sumber nyeri dalam memilih strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a. jelaskan penyebab, periode pemicu nyeri
 - b. jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c. anjurkan monitor nyeri secara mandiri
 - d. anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
-

| | | |
|--|---|---|
| 3. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas fisik ditandai kerusakan jaringan atau lapisan kulit | Tujuan : Diharapkan selama 2x24 jam asuhan keperawatan integritas kulit dapat menurun | Intervensi utama : Perawatan integritas kulit Observasi : <ul style="list-style-type: none">a. monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)b. monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik : <ul style="list-style-type: none">a. lepaskan balutan dan plaster secara perlahanb. cukur rambut disekitar lukac. bersihkan dengan NACLd. bersihkan jaringan nekrotike. berikan salep yang sesuai ke kuli/lesif. pasang balutan luka sesuai jenis luka Edukasi : <ul style="list-style-type: none">a. jelaskan tanda dan gejala infeksib. anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan proteinc. anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri |
|--|---|---|

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat klien untuk mendapatkan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan klien didasarkan kepada asuhan keperawatan yang telah disusun pada intervensi keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil, implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru, sistem evaluasi menggunakan SOAP.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan gangguan nyeri pada pasien Fraktur, dengan pemberian manajemen relaksasi nafas dalam dan kompres dingin. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan merupakan pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan/ intervensi, implementasi, dan evaluasi.

B. Subjek

Subjek dalam studi kasus ini adalah : 2 orang responden yang mengalami fraktur. Dengan kriteria inklusi dan eksklusi dibawah ini :

Kriteria Inklusi:

1. Pasien dengan diagnose medis Fraktur Rumah Sakit Harapan dan doa Kota Bengkulu.
2. Sadar penuh/Tidak dalam kondisi penurunan kesadaran
3. Mampu berkomunikasi dengan baik
4. Skala nyeri ringan dan sedang (1-6)

Kriteria Eksklusi:

1. Tenang, kooperatif dan mampu berkerja sama dengan baik
2. Mengalami komplikasi penyakit lain sehingga tidak mungkin untuk dilanjutkan

C. Definisi Operasional

1. Fraktur adalah patah tulang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik.
Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang,dan jaringan lunak disekitar tulang apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Astanti,2017)
2. Nyeri akut adalah keadaan individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya.

3. Distraksi adalah tindakan mandiri oleh peneliti kepada pasien untuk mengatasi nyeri dengan mengalihkan perhatian klien dengan menggunakan salah satu metode distraksi (relaksasi napas dalam dan kompres dingin)
 - a. Relaksasi napas dalam merupakan teknik pernafasan untuk meningkatkan relaksasi, meredakan nyeri dan ketidaknyamanan
 - b. Kompres dingin merupakan melakukan stimulasi kulit dan jaringan dengan dingin untuk mengurangi nyeri, peradangan dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan dingin.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

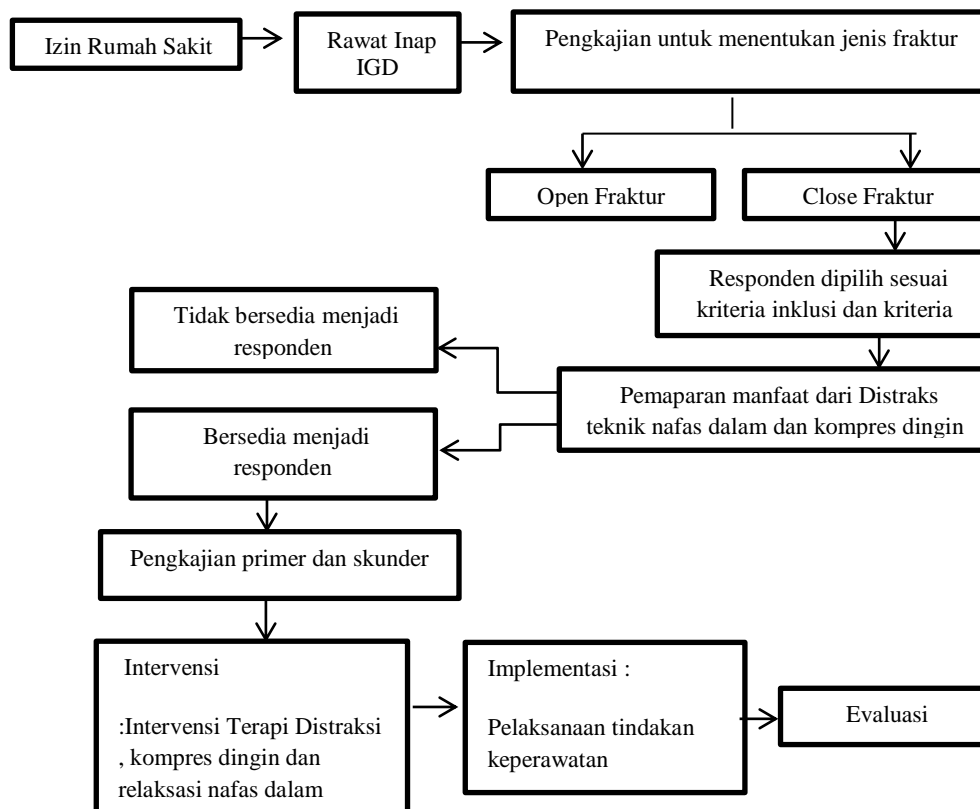
Penelitian ini dilakukan di Ruang IGD Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

2. Waktu

Penelitian dilakukan pada tanggal 11- 12 Mei 2021.

E. Tahapan Penelitian

Pemberian terapi distraksi (kompres dingin dan relaksasi nafas dalam) untuk Penanganan gangguan nyeri pada Fraktur



F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data

a) Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pengkajian yang mana didapatkan data responden meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, membutuhkan waktu 15-30 menit.

b) Observasi

Peneliti mengamati perubahan fisik dan psikologis responden dengan memperhatikan skala nyeri dan tanda-tanda vital dan rentang gerak.

c) Studi dokumentasi dan format KGD

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan gawat darurat berupa hasil dan observasi skala nyeri

2. Instrumen pengumpulan data

- a. SOP Kompres dingin dengan relaksasi nafas dalam
- b. Lembar observasi
- c. Nursing kit
 - 1) Stetoskop
 - 2) Tensi
- d. Hanschoen
- e. Masker
- f. Kribat es atau eskap dengan sarungnya
- g. Baskom berisi patongan-patongan kecil es batu dan satu
- h. Air dalam baskom
- i. Lab kerja
- j. Perlak atau pengalas
- k. Bengkok

G. Analisa Data dan Penyajian Data

Data skala nyeri dan psikologis sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi dengan tindakan kompres dingin dan relaksasi nafas dalam pada pasien *close fraktur*. Data tersebut kemudian dibandingkan untuk dilakukannya analisa secara kuanlitatif.

H. Etika Penelitian

1. *Informed Consent* (lembar Persetujuan)

Poli dan hunger (2012) mengatakan bahwa informed consent diartikan sebagai kondisi dimana responden sudah mempunyai informasi yang cukup terkait penelitian yang akan dilakukan, memahami informasi, memiliki kekuasaan untuk sukarela memiliki terlibat atau menolak ikut dalam penelitian. *Informed consent* (lembar persetujuan) diberikan pada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan kepada responden. Jika responden bersedia untuk diteliti, maka responden diminta untuk menandatangani lembar

persetujuan tersebut. Jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan data pengguna subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data/ hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Jalannya penelitian

a. Persiapan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyiapkan alat dan bahan mulai dari lembaran infokonsen, lembar persetujuan responden, lembaran skala nyeri, lembaran SOP dan alat untuk melakukan kompres dingin alat yang di gunakan buli-buli es. Setelah alat dan bahan sudah siap penelitian melakukan penelitian pada Tn. S dan Tn. R selama 2 hari dimulai pada tanggal 30 april sampai 30 Mei 2021 di Ruang IGD kasus “Asuhan Keperawatan Nyeri akut dengan pemberian terapi Distraksi pada pasien Fraktur di RSHD kota Bengkulu.

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian pada responden I dimulai pada tanggal 11-12 mei 2021 dimulai dengan melakukan pemilihan pasien sesuai dengan kriteria inklusi, setelah itu peneliti melakukan inform consent untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien close fraktur untuk mengurangi nyeri, setelah dinyatakan setuju untuk di berikan asuhan keperawatan maka penelitian melakukan pengkajian IGD menentukan diagnose keperawatan, menyusun itervensi keperawata, melakukan implementasi dalam memberikan terapi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam, setelah 1 hari dilakukan implementasi klien dipindahkan dari ruangan IGD ke ruangan rawat inap untuk melanjutkan terapi komplementer kompres dingin dan relaksasi nafas dalam. Dan pada responden II pelaksanaan penelitian pada tanggal 25-sampai 26 mei 2021 mualai dari menentukan kriteria inklusi dan melakukan inform consent untuk melakukan asuha keperawatan pada pasien klose fraktur untuk mengurangi nyeri, setelah dinyatakan setuju diberikan asuhan keperawatan maka penelitian melakukan pengkajia

IGD, menentukan diagnose keperawatan, meyyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi dalam memberikan terapi komplementer kompres dingin dan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, setelah dilakukan implementasi di ruang IGD klien dipindahkan ke ruangan rawat inap untuk dilanjutkan implementasi selanjutnya.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu terletak di jalan basuki rahmat No.01 Kota Bengkulu. Memiliki 11 dokter umum, 3 dokter gigi, 6 dokter spesialis, 34 orang bidan, dan 211 perawat pelaksana yang tersebar, jumlah sample penelitian sebanyak 2 orang.

3. Hasil Studi Kasus

a. Pengkajian

1) Anamnesa

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis pasien Fraktur dengan nyeri akut

| No | Anamnesa | Hasil Anamnesa | |
|----|------------------|--|--|
| | | Responden 1 | Responden II |
| 1. | Identitas | Nama : Tn. S Umur : 38 tahun Pekerjaan : Wiraswasta Pendidikan : SMA Alamat : Sukaraja Agama : Islam Status perkawinan : Kawin Diagnosa : fraktur tulang kering Tanggal MRS : 10 mei 2021 Tanggal pengkajian : 10 mei 2021 | Nama : Tn. R Umur : 24 tahun Pekerjaan : IRT Pendidikan : Mahasiswa Alamat : benteng Agama : Islam Status perkawinan : belum Kawin Diagnosa : fraktur lengan atas Tanggal MRS : 25 mei 2021 Tanggal pengkajian : 25 mei 2021 |
| 2. | Keluhan utama | Klien megatakan nyeri pada kaki kanan karena kecelakaan lalu | Klien mengalami jatuh saat bermain sepak bola dan |

| | | |
|----------------------|---|--|
| | lintas dan mengakibatkan <i>fraktur tibia</i> , sekala nyeri 9, nyeri seperti ditusuk-tusuk, meringis menahan kesakitan. | dan mengakibatkan <i>fraktur humerus</i> pada lengan atas kiri, klien tampak meringis kesakitan, sekala nyeri 8, nyeri seperti ditusuk-tusuk. |
| 3. Penyakit sekarang | Saat pengkajia pada tanggal 10 mei 2021 jam 10 : 00 wib Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan, kaki tersa seperti ditusuk-tusuk, panas dan nyeri dirasakan terus menerus, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas bawah, klien tampak meringis, gelisah dan merasa cemas saat digerakan, dengan sekala 9. dari hasil observasi klien terdapat luka dibagian Kaki kanan dan kiri, pipi sebelah kiri, tampak bengkak, kebiruan dan teraba panas, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital saat masuk didapatkan TD: 150/100 mmHg, ND : 105 x/I, Suhu : 37,7 ⁰ C RR : 23 x/i. Pasien terpasang infus RL 20 dtt/menit. | Saat pengkajian pada tanggal 25 mei jam 11 : 00 Klien mengatakan mengalami jatuh pada saat main sepak bola pasien langsung dibawah ke rumah sakit karena pasien merasakan nyeri pada lengan atas, nyeri dirasakan terus menerus dan sulit menggerakkan bagian ekstermitas atas kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan sekala 8, dari hasil obsevasi lengan atas klien tampak bengkak, kebiruan dan teraba panas, klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital saat masuk didapatkan TD: 140/100 mmHg, ND: 105 x/I, Suhu : 37,7 ⁰ C RR : 22 x/i. Pasien terpasang infus RL20 |

| | | dttx/menit. | |
|----|-------------------|---|---|
| 4. | Pengkajian primer | <p><i>a. Airway</i> Jalan nafas bersih, tidak ada lidah jatuh, tidak adanya benda asing pada jalan nafas, tidak ada edema pada mulut, suara vesikuler.</p> <p><i>b. Breathing</i> Pola nafas klien efektif, respiratory rate 22x/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada sura napas tambahan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen</p> <p><i>c. Circulation</i> peningkatan Nadi 105x/menit, irama teratur, TD 150/100 mmHg, akral hangat, suhu tubuh 37,70C, CRT (apillary refill time) < 2 detik.</p> <p><i>d. Disability</i> GCS 15, pupil</p> | <p><i>a. Airway</i> Jalan nafas bersih, tidak ada lidah jatuh, tidak adanya benda asing pada jalan nafas, tidak ada edema pada mulut, suara vesikuler.</p> <p><i>b. Breathing</i> Pola nafas klien efektif, respiratory rate 22x/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada sura napas tambahan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen.</p> <p><i>c. Circulation</i> peningkatan Nadi 105x/menit, irama teratur, TD 140/100 mmHg, akral hangat, suhu tubuh 37,70C, CRT (apillary refill time) < 2 detik.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | positif terhadap cahaya, pupil isokor. | <i>d. Disability</i> GCS 15, pupil positif terhadap cahaya, pupil isokor. |
| | <i>e. Exposure</i> Kondisi lingkungan klien aman, klien berada di IGD untuk dilakukan tindakan | <i>e. Exposure</i> Kondisi lingkungan klien aman, klien berada di IGD untuk dilakukan tindakan |
| 3. Pengkajian sekunder (<i>SAMPLE</i>) | <p>S : subjek Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan karena kecelakaan lalu lintas dan mengakibatkan fraktur</p> <p>A : Alergi Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat/makanan</p> <p>M : Medikasi Klien saat ini tidak mengkonsumsi obat-obatan.</p> <p>p: Previous medical / surgical klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit</p> <p>L : last meal Klien mengatakan</p> | <p>S : subjek Klien mengatakan nyeri pada tangan lengan atas kiri karena jatuh bermain sepak bola dan mengakibatkan fraktur</p> <p>A : Alergi Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat/makanan</p> <p>M : Medikasi Klien saat ini tidak mengkonsumsi obat-obatan.</p> <p>p: previous medical/surgical klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di</p> |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| | <p>makanan terahir yang dikonsumsi nasi sama sayur-sayuran, buah buahan.</p> <p>E : event leading klien datang ke IGD RSHD Kota Bengkulu dengan keluhan nyeri akibat fraktur</p> | <p>rumah sakit</p> <p>L : last meal Klien mengatakan makanan terahir yang dikonsumsi nasi sama teh</p> <p>E : event leading klien datang ke IGD RSHD Kota Bengkulu dengan keluhan nyeri akibat fraktur</p> |
| Riwayat penyakit dahulu | <p>Klien mengataa tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, strok, DM dan klien belum pernah mengalami fraktur sebelumnya</p> | <p>Klien mengataa tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, strok,dll</p> |
| Riwayat penyakit keluarga | <p>Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit menular maupun keturunan.</p> | <p>Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit menular maupun keturunan.</p> |
| Spiritual | <p>Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya merupakan cobaan dari Allah dan tetap menjalankan ibadah.</p> | <p>Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya merupakan cobaan dari Allah dan tetap menjalankan ibadah.</p> |

2) Pemeriksaan fisik

Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan fisik pasien fraktur denga neri akut

| No | Obsevasi | Hasil Observasi | |
|----|-------------------|---|--|
| | | Responden 1 | Responden II |
| 1. | Keadaan umum | lemah, gelisah, kesadaran penuh composmetis, GCS 15 | lemah, gelisah, kesadaran penuh composmetis, GCS 15 |
| 2. | Tanda-tanda vital | TD : 130/90 mmHg ND : 105 x/i Suhu : 36,7 ⁰ C RR : 23x/i | TD : 140/90 mmHg ND : 100 x/i Suhu : 37,7 ⁰ C RR : 22 x/i |
| 3. | Pemeriksaan Fisik | | |
| | Kepala | Inspeksi : Kulit Kepala Bersih, tidak ada pendarahan, tidak ada nyeri tekan | Inspeksi : Kulit Kepala Bersih, tidak ada pendarahan, tidak ada nyeri tekan |
| | | Palpasi : Tidak ada edema, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan | Palpasi : Tidak ada edema, tidak adabenjolan, tidak ada nyeri tekan |
| | Leher | Inpeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid | Inpeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid |
| | | Palpasi : Saat di raba tidak ada pembesaran Kelanjar tiroid, Tidak Ada Nyeri tekan | Palpasi : Tidak Ada Pembesaran Kelanjar tiroid, Tidak Ada Nyeri tekan |
| | Wajah | Inspeksi : Adanya Luka Lecet Pada Pipi Bagian Kanan Dan Dahi | Inspeksi : Tidak ada luka bagia muka |
| | | Palpasi : Ada Nyeri Tekan | Palpasi : tidak ada nyeri |

| | | |
|-----------|---|--|
| | Pada Pipi Kanan tekan pada pipi Dan Dahi, Tidak Ada Edema, | |
| Mata | Inspeksi : Mata Simetris, Kelopak Mata Normal, Konjungtiva ananemis, Tidak Menggunakan Kaca Mata | Inspeksi : Mata Simetris, Kelopak Mata Normal, Konjungtiva annemis, Tidak Menggunakan Kaca Mata |
| Telinga | Inpeksi : Tidak adanya luka lecet dibagian teling kiri maupun kanan | Inpeksi : Tidak adanya luka lecet dibagian teling kiri maupun kanan |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Pada daun telinga, | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada paun telinga, |
| Hidung | Inspeksi : Tidak ada Lesi, aidak ada Pendarahan, | Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada Pendarahan, |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak bengkak | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak bengkak |
| Mulut | Inpeksi : Bibir pucat, tidak ada lesi | Inpeksi : Bibir pucat tidak lesi,tidak ada pendarahan |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap, | Palpasi : tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap |
| Paru-Paru | Inspeksi : Bentuk dan Postur | Inspeksi : Bentuk dan Postur |

| | | |
|-------------------|--|--|
| | dada normal, tidak ada Penonjolan Paru, tidak ada edema, | dada normal, tidak ada Penonjolan Paru, tidak ada edema, |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, |
| | Auskultasi : Suara Nafas vesikuler, tidak ada Suaara nafas tambahan | Auskultasi : Suara nafas Fasikuler, tidak ada Suaara nafas tambahan |
| Jantung | Auskultasi : Suara Jantung I/SI (Lub) Dan II/SII (Dub), Tidak Ada Bunyi Tambahan | Auskultasi : Suara Jantung I/SI (Lub) Dan II/SII (Dub), Tidak Ada Bunyi Tambahan |
| Abdomen | Inspeksi : Tidak ada Pembesaran Hepar, tidak ada lesi | Inspeksi : Tidak ada Pembesaran Hepar, tidak ada lesi |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan |
| Ekstermitas Atas | Inspeksi : Ada lecet Pada telapak tangan Kanan, Siku, dan pipi | Inspeksi : Terdapat luka lecet pada tangan sebelah kiri atas |
| | Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kedua tangan pergerakan otot triseb dan bisep tidak Ada gangguan atau Keterbatasan | Palpasi : Ada nya nyeri tekan pada tangan sebelah kiri atas, terdapat edema, akrakal hangat, adanya fraktur |
| Ekstermitas Bawah | Inspeksi : Terdapat Luka luka lecet bagian | Inspeksi : Tidak ada luka lecet dibagain |

| | |
|--|---|
| kaki sebelah kiri dan luka berbentuk kemerahan dan hematoma. | ekstermitas bawah, bentuk kaki kiri dan kanan sama, bentuk simetris. |
| Palpasi : adanya keterbatasan gerak pada kaki kanan pasien, dikarenakan nyeri yang dirasakan oleh pasien pada dan fraktur pada tulang sebelah bawah | Palpasi : Tidak terdapat luka atau nyeri tekan pergerakan otot normal dan tidak ada gangguan atau keterbatasan |

3) Pemeriksaan Diagnostic

Table 4.3 Hasil pemeriksaan diagnostic/penunjang

| Jenis Pemeriksaan | Responden I | Responden II | Nilay Normal |
|-------------------|-------------|--------------|-----------------|
| Leukosit (WBC) | 9,511 | 9,511 | 3,70-10,1 |
| Neotrofil | 56,6% | 4,6 % | 39,3-37,7% |
| Limfosit | 37,5% | 37,5% | 18,0-48,3% |
| Hemoglobin | L 10,62g/dl | L 10,62g/dl | 13,5-18 g/dl |
| Hematocrit | L 32,65% | L 32,65% | 40-54% |
| Trombosit | 175.000 | 175.000 | 150.000-200.000 |

Table 4.4 Hasil pemeriksaan diagnostic/radiologi

| Jenis pemeriksaan | Responden (Hasil) | Responden II(hasil) |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Pemeriksaan radiologi/ ronsen. | fraktur tulang kering | Fraktur lengan atas |

4) Penatalaksanaan terapi

Tabel 4.5 Penatalaksanaan terapi

| No | Nama Obat | Cara Pemberian | Kegunaan | Dosis |
|---------------------|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Responden I | | | | |
| 1. | Infus RL | IV | Pemenuhan cairan | 30 tts/menit |
| 2. | Dexametason | IV | Radang | 5 mg |
| 3. | Ketorolac | IV | Nyeri | 3 x 30 mg |
| 4. | Odansetron | IV | Obat mual | 2 x 2 mg |
| 5. | Santagesik | IV | Obat lambung | 2 x 50 mg |
| Responden II | | | | |
| 1. | infus RL | IV | Pemenuhan cairan | 30 ttsx/menit |
| 2. | Dexametason | IV | Radang | 5 mg |
| 3. | Ketorolac | IV | Nyeri | 3 x 30 mg |
| 4. | Odansetron | IV | Obat mual | 2 x 2 mg |

b. Diagnosa Keperawatan

1) Analisa Data

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Klien Dengan Gangguan Nyeri Akut Pada Pasien Fraktur

| No | Analisa Data | Etiologi | Diagnosa Keperawatan |
|--------------------|---|---|----------------------|
| Responden I | | | |
| 1. | Data subjektif : | | |
| | a. Klien mengeluh nyeri | Terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang | Nyeri akut |
| | b. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk | | |
| | c. Nyeri dirasakan saat digerakan dan sendi terasa kaku | Menekan saraf perasa nyeri | |
| | Data objektif : | Stimulasi Neurotransmitter | |
| | a. Sekala nyeri 9 | neri | |
| | b. Pasien tampak meringis | | |
| | c. Adanya nyeri tekan | Pelepasan mediator prostagladin | |
| | d. Gelisah | | |
| | e. TTV : TD:150/100mmHg N : 105x/menit | Respon nyeri hebat da akut | |

| | | | |
|---|-----------------------------|---|---------------------------|
| | P : 23x/menit S : 37,7°C | ↓ Nyeri akut | |
| 2. Data subjektif : | | | |
| a. Pasien mengatakan terdapat luka akibat kecelakaan | | Terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang | Gangguan integritas kulit |
| b. Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri kanan dan pipi sebelah kiri | | ↓ Kerusakan jaringan atau lapisan kulit | |
| c. Pasien mengatakan lemah, letih dan lesu | | ↓ Nyeri | |
| Data Objektif : | | ↓ Kemerahan | |
| a. Tampak luka bagian kaki kiri dan kanan, pipi, | | ↓ Hematoma | |
| b. Luka tampak kemerahan | | ↓ | |
| c. Pada kaki klien terdapat luka memar berwarna kebiruhan pada ekstermitas kiri bawah | | ↓ Gangguan integritas kulit | |
| 3. Data subjektif : | | | |
| a. Nyeri saat digerakan | | Perubahan fragmen tulang | Gangguan mobilitas fisik |
| b. klien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas bawah kanan | | kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah | |
| c. merasa cemas saat bergerak | | ↓ Hematoma pada daerah fraktur | |
| Data Objektif : | | ↓ Aliran darah ke daerah distal berkurang atau terhambat | |
| a. kekuatan otot menurun | | ↓ | |
| b. sendi kaku | | ↓ Gangguan mobilitas fisik | |
| c. gerakan terbatas | | | |

Responden II

1. Data subjektif :

- | | | |
|---|---|------------|
| a. Klien mengeluh nyeri | Terputusnya kontinuitas jaringan dan tulang | Nyeri akut |
| b. Klien mengatakan Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk | ↓ | |
| c. Nyeri dirasakan terus menerus | Menekan saraf perasa nyeri | |

Data objektif :

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| a. Sekla nyeri 8 | Stimulasi Neurotransmitter nyeri | |
| b. Pasien tampak meringis | ↓ | |
| c. Adanya nyeri tekan | Pelepasan mediator prostagladin | |
| d. Pasien tampak gelisa | ↓ | |
| e. TTV : TD : 140/100mmHg N :100x/menit P : 22x/menit S : 36,5°C | Respon nyeri hebat da akut | |
| | ↓ | |
| | Nyeri akut | |
-

2. Data subjektif :

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| a. Klien mengeluh nyeri | Perubahan fragmen tulang | Gangguan mobilitas fisik |
| b. klien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas atas kiri | kerusakan pada jaringan dan pembuluh darah | |
| c. mengatakan nyeri saat digerakan | ↓ | |
| | Hematoma pada daerah fraktur | |

Data Objektif :

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| a. sendi kaku | Alira darah ke daerah distal berkurang atau terhambat | |
| b. gerakan terbatas | ↓ | |
| c. fisik lemah | Gangguan mobilitas fisik | |
| d. kekuatan otot menurun | | |
-

c. Diagonsa Keperawatan**1) Responden I**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas,nyeri saat bergerak
- c. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan factor mekanis ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri,perdarahan,kemerahan dan hematoma.

2) Responden II

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas,nyeri saat bergerak

d. Intervensi keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Klien Dengan Nyeri Akut

| No | Dx. Keperawatan | Tujuan Dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--|---|---|
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri. | <p>Tujuan : Diharapkan selama asuhan keperawatan tingkat nyeri selama 2x24 jam menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun 5 Meringis menurun 5 Sikap protektif menurun 5 Gelisah menurun 5 Frekuensi nadi menurun 5 Tekanan darah menurun 5 | <p>Intervensi responden I dan II Intervensi utama : Manajemen nyeri Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi keyakinan dan pengetahuan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi respon nyeri terhadap kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis Distraksi (kompres dingin dan relaksasi nafas dalam) <p>Edukasi :</p> |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat d. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu kompres dingin dan relaksasi nafas dalam |
| | | | <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasikan pemberian analgetik, |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan mengeluh sulit bergerak, nyeri saat bergerak dan gerakan terbatas | <p>Tujuan : Diharapkan selama 2x24 jam asuhan keperawatan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstermitas meningkat 5 b. Kekuatan otot meningkat 5 c. Rentang gerak (ROM) meningkat 5 | <p>Intervensi responden I dan II</p> <p>Pembidaian</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebutuhan pembidaian (mis, fraktur, dislokasi) b. Monitor distal bagian cedera (mis, pulsasi nadi, pengisian kapiler, gerakan motoric, sensasi) pada bagian tubuh yang cedera c. Monitor adanya pendarahan pada area cedera d. Identifikasi material bidai yang sesuai (mis. Lurus dan keras panjang bidai melewati 2 sendi) <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minimalkan pergerakan, terutama pada bagian yg cedera, terutama pada |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> bagia yang cedera. b. Berikan bantalan (peding) pada bidai c. Imobilisasi sendi diatas dan dibawah area cedera d. Topang kaki untuh penyanggah kaki e. Pasang bidai pada posisi tubuh yang ditemukan f. Gunakan kedua tangan untuk menongpang area cedera |
| | | <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai b. Anjurkan membatasi gerak pada area gerak |
| <p>3. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan factor mekanis ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri,perdarahan,kemerahan dan hematoma</p> | <p>Tujuan : Diharapkan selama 2x24 jam asuhan keperawatan integritas kulit dapat menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> a. kerusakan jaringan menurun 5 b. kerusakan lapisan kulit menurun 5 c. pendarahan meurun 5 d. kemerahan meurun 5 e. hematoma menurun 5 | <p>Intervensi responden I</p> <p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor karakteristik luka(mis: drainase, warna,ukuran ,bauk) b. Memonitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lepaskan balutan dan plaster secra perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl c. Bersihkan jaringan nekrotik d. Berikan salap yang sesuai ke luka/lesi e. Pasang balutan sesuai jenis luka |

f. Pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
-

e. Implementasi keperawatan

Tabel 4.8 Pelaksanaan Keperawatan Klien Nyeri Akut (responden I)

| Diagnose kep | Waktu Pelaksanaan | Implementasi | Respon Hasil | Evaluasi Formatif |
|---|--|---|---|---|
| Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri | Senin 10 mei 2021 Pukul 10:00 WIB | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi keadaan umum pasien dan lokasi nyeri b. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum diberikan relaksasi nafas dan kompres dingin c. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam dan kompres dingin sesuai SOP d. Mengidentifikasi skala nyeri dengan PQRST setelah dilakukan relaksasi nafas dalam dan kompres dingin e. Klien dianjurkan untuk melakukan relaksasi nafas dalam sesuai SOP pada saat nyeri | <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum pasien kompos mentis, nyeri pada kaki. b. Sekala nyeri 9 c. Pasien tampak memperagakan nafas dalam dengan benar. d. Sekala Nyeri setela dilakukan kompres dingin dan napas dalam nyeri berkurang menjadi 8 e. Klien mengatakan paham dan mengerti dengan apa yang telah dianjurkan perawat f. pasien tampak dengan posisi tertelentang, kaki dikanjal dengan bantal. g. klien mengatakan terapinya sangat mudah dilakukan dan nyeri masih terasa. | <p>S : Klien mengatakan nyeri pada kakinya berkurang</p> <p>O : Klien tampak tampak meringis menhan nyeri,sekala nyeri 8</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri</p> <p>I : Intervensi b,c,d,e,f,g dilanjutkan</p> <p>E : nyeri berkurang</p> <p>R : libatkan keluarga untuk melakukan kompres dingian dan teknik napas dalam secara mandiri</p> |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|
| | | <p>timbul secara tiba-tiba</p> <p>f. Mempertahankan imobilisasi pada kaki kanan dan mengatur posisi tidur terlentang dengan kaki kanan diganjal dengan bantal.</p> <p>g. memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan.</p> <p>h. Mengkolaborasikan pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi</p> | <p>h. Diberikan ketorolac, ranitidine, dex ametasol, cairan infus RL</p> | |
| <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas, nyeri saat bergerak</p> | <p>Senin Jam 10 :20 wib</p> | <p>Pembidaian Observasi :</p> <p>a. Megidentifikasi kebutuhan pembidaian fraktur</p> <p>b. Memonitor distal pagian cedera, gerakan motoric, sensasi pada bagian tubuh yang cedera</p> <p>c. Memonitor adanya pendarahan pada area cedera</p> | <p>Pembidaian Observasi :</p> <p>a. Terdapat close fraktur pada bagian ekstremitas kanan bawah</p> <p>b. Jari- jari kaki dapat bergerak, dapat merasakan nyeri saat di lakukan tekana pada jempol kaki.</p> <p>c. Tidak terdapat perdaraha pada area fraktur</p> | <p>S : klien mengeluh sulit menggerakan ekstermitas dan nyeri saat bergerak</p> <p>O : kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dan sendi kaku</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5, dilanjutkan</p> <p>I : implementasi dilanjutkan</p> |

| | | |
|---|--|---|
| d. Mengidentifikasi material bidai yang sesuai panjang bidai melewati 2 sendi | d. Pembidaya menggunakan spalk | E : sekala nyeri masih 6 |
| e. Meminimalkan pergerakan, terutama pada bagian yg cedera | e. Pergerakan pada ekstermitas bawah telah diminimalkan dengan ganjalan bantal | R : libatkan keluarga untuk melakuka teknik napas dalam dan kompres dingin secara mandiri |
| f. Memberikan bantalan (peding) pada bidai | f. Peding telah dipasang | |
| g. Imobilisasi sendi diatas dan dibawah area cedera | g. Imobilisasi telah dilakukan | |
| h. Menopang kaki untuh penyanggah kaki | h. Kaki telah ditopang | |
| i. Memasang bidai pada posisi tubuh yang ditemukan | i. Bidai telah dipasang pada ekstermitas kanan bawah. | |
| j. Menggunakan kedua tangan untuk menonngang area cedera | j. Bidai dipasang dengan posisi kaki lurus. | |
| k. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai | k. Klien dan keluarga mengerti tujuan dari pembidaian. | |
| l. Menganjurkan membatasi gerak pada area gerak | l. Klien mengerti tentang pembatasan gerakan. | |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|---|
| <p>Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan factor mekanis ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma</p> | <p>Senin Jam 10 : 40 wib</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor: drainase, warna. b. Memonitor tanda-tanda infeksi c. Mepaskan balutan dan plaster secara perlahan d. Membersihkan dengan cairan NaCl e. membersihkan jaringan f. Memberikan salap yang sesuai ke luka/lesi g. Memasang balutan/plaster pada luka h. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi i. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein kepada klien dan libatkan keluarga j. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara sederhana | <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan. b. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi c. Balutan luka telah dilepas d. Luka telah dibersihkan dengan NaCl e. Jaringan telah dibersihkan f. Luka telah diolesi salap g. Tampak balutan luka sudah terpasang dengan rapi h. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi i. Klien dan keluarga mengatakan mengerti makanan apa saja yang tidak boleh dan boleh dikonsumsi j. Keluarga tampak belum terlalu mengerti prosedur perawatan luka secara mandiri | <p>S : O : nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma Tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tidak terdapat nana pada luka, warna luka kemerahan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Intervensi(1-10) E : Keluarga tampak belum terlalu mengerti prosedur perawatan luka secara mandiri R : Anjurkan keluarga membersihkan luka klien jika terlihat kotor.</p> |
|---|--------------------------------------|---|--|---|

Implementasi responden II

| Diagnose kep | Waktu Pelaksanaan | Implementasi | Respon Hasil | Evaluasi Formatif |
|---|---|--|--|--|
| Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri | Selasa 25 mei 21 Jam 14 : 20 wib | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi keadaan umum pasien dan lokasi nyeri b. Mengidentifikasi skala nyeri sebelum diberikan relaksasi nafas dan kompres dingin c. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam dan kompres dingin sesuai SOP d. Mengidentifikasi skala nyeri dengan PQRST setelah dilakukan relaksasi nafas dalam dan kompres dingin e. Klien dianjurkan untuk melakukan relaksasi nafas dalam | <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum pasien kompos mentis, nyeri pada kaki. b. Sekala nyeri 8 c. Pasien tampak memperagakan nafas dalam dengan benar. d. Sekala Nyeri setela dilakukan kompres dingin dan napas dalam 7. e. Klien mengatakan paham dan mengerti dengan apa yang telah dianjurkan perawat f. Pasien tampak dengan posisi tertelentang, kaki dikanjal dengan bantal. g. Klien mengatakan terapinya sangat mudah dilakukan dan nyeri masih terasa. h. Diberikan ketorolac,ranitidine,de | <p>S : Klien mengatakan nyeri pada kakinya berkurang</p> <p>O : Klien tampak gelisah,sekala nyeri 7</p> <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri</p> <p>I : Intervensi b,c,d,e,f,g dilanjutkan</p> <p>E : nyeri berkurang</p> <p>R : libatkan keluarga untuk melakukan kompres dingian dan teknik napas dalam secara mandiri</p> |

| | | | | | |
|--|----------------------|---|---|-------------------------------|---|
| | | | sesuai SOP pada saat nyeri timbul secara tiba-tiba | xametasol, cairan infus RL | |
| | | | f. Mempertahankan imobilisasi pada kaki kanan dan mengatur posisi tidur terlentang dengan kaki kanan diganjal dengan bantal. | | |
| | | | g. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan. Mengkolaborasikan pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi | | |
| Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas, nyeri saat bergerak | Selasa 25 mei 21 Jam | Pembidaian Observasi : | Pembidaian Observasi : | Pembidaian Observasi : | S : klien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas dan nyeri saat bergerak O : kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dan sendi kaku |
| | | a. Megidentifikasi kebutuhan pembidaian fraktur | a. Terdapat close fraktur pada bagian ekstremitas kanan bawah | | |
| | | b. Memonitor distal pagian cedera, gerakan motoric, sensasi pada bagian tubuh yang cedera | b. Jari- jari kaki dapat bergerak, dapat merasakan nyeri saat di lakukan tekana | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>c. Memonitor adanya pendarahan pada area cedera</p> <p>d. Mengidentifikasi material bidai yang sesuai panjang bidai melewati 2 sendi</p> <p>e. Meminimalkan pergerakan, terutama pada bagian yg cedera</p> <p>f. Memberikan bantalan (peding) pada bidai</p> <p>g. Imobilisasi sendi diatas dan dibawah area cedera</p> <p>h. Menopang kaki untuh penyanggah kaki</p> <p>i. Memasang bidai pada posisi tubuh yang ditemukan</p> <p>j. Menggunakan kedua tangan untuk menonngpang area cedera</p> <p>k. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum</p> | <p>pada jempol kaki.</p> <p>c. Tidak terdapat perdaraha pada area fraktur</p> <p>d. Pembidaya menggunakan spalk</p> <p>e. Pergerakan pada ekstermitas bawah telah diminimalkan dengan ganjalan bantal</p> <p>f. Peding telah dipasang</p> <p>g. Imobilisasi telah dilakukan</p> <p>h. Kaki telah ditopang</p> <p>i. Bidai telah dipasang pada ekstermitas kanan bawah.</p> <p>j. Bidai dipasang dengan posisi kaki lurus.</p> <p>k. Klien dan keluarga mengerti tujuan dari pembidaian.</p> <p>l. Klien mengerti tentang pembatasan</p> | <p>A : Masalahbelum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5, dilanjutkan</p> <p>I : implementasi dilanjutkan</p> <p>E : sekala nyeri masih 6</p> <p>R : libatkan keluarga untuk melakuka teknik napas dalam dan kompres dingin secara mandiri</p> |
|---|---|--|

-
1. Menganjurkan pemasangan bidai gerakan membatasi gerak pada area gerak
-

f. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi keperawatan

| No | Diagnosa | Hari/Tanggal | Evaluasi Sumatif |
|-------------------|---|--|--|
| Responen I | | | |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri | Senin 10 mei 2021 Pukul 10:00 WIB | <p>Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada bagian kaki agak berkurang namun jika kaki yang patah digerakan nyeri masi terasa</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 8 2. Klien tampak lebih rileks dan tenang 3. TTV : TD : 120/80 mmHg N : 90 x/menit P : 22 x/menit S : 36,5°C 4. Klien tampak mendengarkan anjuran dan kooperatif dalam mendengarkan anjuran perawat untuk melakukan relaksasi nafas dalam pada saat nyeri muncul <p>Assessment : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : intervensi dilanjutkan</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas,nyeri saat bergerak | Senin 10 mei Jam 10 : 20 wib | Subjektif: Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas dan nyeri saat bergerak dan masih cemas untuk menggerakkan ekstermitas. Objektif : Kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dan sendi kaku Assessment : Masalah belum teratasi Planning : Intervensi dilanjutkan |
| 3. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan factor mekanis ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri,perdarahan,kemerahan dan hematoma | Senin 10 mei 2021 Jam 10 : 40 wib | Subjektif: Klien mengatakan mengerti dengan anjuran perawat untuk mengkonsumsi kaya protein dan perawatan luka secara mandiri Objektif : Luka bersih dan masih terdapat hematoma Assessment : Masalah belum teratasi Planning : Intervensi dilanjutkan |
| Responden II | | |
| 1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri | 25 mie 21 Jam 14 : 20 wib | Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada bagian lengan berkurang namun jika tangan sebelah kiri digerakan nyeri masih terasa Objektif : 1. Skala nyeri 7 2. Klien tampak lebih rileks dan tenang |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan intergritas struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas,nyeri saat bergerak</p> | <p>Selasa 25 mei 21 Jam 14: 40 wib</p> | <p>3. TTV : TD : 120/90 mmHg N : 80 x/menit P : 20x/menit S : 36,5°C</p> <p>4. Klien tampak mendengarkan anjuran dan kooperatif dalam mendengarkan anjuran perawat untuk melakukan relaksasi nafas dalam pada saat nyeri muncul</p> <p>Assessment : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p> <hr/> <p>Subjektif : Klien mengeluh sulit menggerakan ekstermitas dan masih cemas untuk menggerak ekstermitas</p> <p>Objektif : kekuatan otot menurun, gerakan terbatas dan sendi kaku</p> <p>Assessment : Masalah belum teratasi</p> <p>Planning : Intervensi dilanjutkan</p> |
|--|--|--|

B. Pembahasan

Dalam penerapan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan terhadap Tn. S dalam manajemen nyeri untuk menurunkan rasa nyeri pada pasien fraktur femur dibahas dalam bab ini berdasarkan teori-teori yang penulis dapatkan sebagai bahan perbandingan terhadap persamaan dan perbedaan serta kesenjangan yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Tn.S dalam manajemen nyeri untuk menurunkan rasa nyeri pada pasien fraktur femur yang dilakukan pada tanggal 10 mei 2021 sampai dngan tanggal 10 mei 2021

1. Pengkajian

Pada hasil pengkajian yang di dapatkan pada responden I dan II didapatkan data subyektif dan obyektif. Hasil pengakajian pada Tn. S didapatkan hasil *Airway* : Jalan nafas bersih, tidak ada lidah jatuh, tidak adanya benda asing pada jalan nafas, tidak ada oedema pada mulut, klien tidak mutah. *Breathing* : Pola nafas klien efektif, respiratory rate 22 x/ menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen. *Circulation* : tekanan darah klien 150/100 mmHg, frekuensi nadi 105x/ menit, irama teratur, capillary refile < 2 detik, akral hangat, suhu tubuh 37,7°C. *Disability* : GCS 15 E4V5M6, pupil positif terhadap cahaya, pupil isokor diameter 3 mm. *Exposure* : kondisi lingkungan klien aman, klien berada di IGD untuk dilakukan tindakan.

Pada pengkajian Tn, R didapatkan *Airway* : Jalan nafas bersih, tidak ada lidah jatuh, tidak adanya benda asing pada jalan nafas, tidak ada oedema pada mulut, klien tidak mutah. *Breathing* : Pola nafas klien efektif, respiratory rate 22x/ menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen. *Circulation* : tekanan darah klien 140/100 mmHg, frekuensi nadi 105x/ menit, irama teratur, capillary refile < 2 detik, akral hangat, suhu tubuh 37,7°C. *Disability* : GCS 15 E4V5M6, pupil positif terhadap cahaya, pupil isokor diameter 3 mm.

Exposure : kondisi lingkungan klien aman, klien berada di IGD untuk dilakukan tindakan.

Pengkajian SAMPLE adanya keluhan nyeri pada Tn.R Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan karena kecelakaan lalu lintas P: klien mengatakan kaki terasa nyeri saat di gerakkan, Q: nyeri seperti ditusuktusuk, R: pada kaki kanan, S : skala nyeri 9, T : terus-menerus. Pada Ny. N Klien mengatakan nyeri pada tangan lengan kiri setelah terjatuh bermain sepak bola, P: klien mengatakan nyeri apabila di gerakkan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pada tangan kiri, S : skala nyeri 8, T : terus-menerus.

Dari hasil peneliti pada pengkajian pada responden I dan II pada studi kasus ini penulis menemukan kesamaan pada keluhan utama yang dialami oleh kedua klien, klien 1 mengeluhkan terjadinya gangguan nyeri close fraktur femur, sedangkan pada klien 2 mengeluhkan gangguan nyeri pada fraktur pada lengan atas dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan dampak dari close fraktur. Sehingga peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada kedua klien sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa gambaran secara umum klien yang mengalami fraktur yaitu merasa nyeri, memar, gerakan abnormal dan pembengkakan lokal. Hal ini sesuai dengan hasil rontgen kedua klien (Clevo & Margareth, 2012)

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data-data yang didapatkan dari hasil pengkajian pada responden I dan II didapatkan Diagnosa keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Data subyektif yang mnunjang pada klien Tn. S klien mengatakan nyeri pada kaki kanan karena kecelakaan lalu lintas, klien mengatakan kaki terasa nyeri saat digerakkan, nyeri seperti ditusuk – tusuk, pada kaki kanan, skala nyeri 9, nyeri terus – menerus. Data obyektif klien tampak meringis kesakitan, TD : 150/100 mmHg, N : 105 x/ menit, S : 37,7°C, RR : 22 x/ menit.

Klien 2 Tn. R klien mengatakan nyeri pada tangan lengan kiri setelah jatuh bermain sepak bola, klien mengatakan nyeri apabila tangan digerakkan, nyeri seperti ditusuk – tusuk, pada tangan kiri, skala nyeri 8, nyeri terus – menerus. Data obyektif klien tampak meringis kesakitan, TD : 140/100 mmHg, N : 105 x/ menit, S : 37,7 °C, RR : 22 x/ menit. Menurut peneliti pada studi kasus ini di temukan bahwa klien 1 dan klien 2 mengalami rasa nyeri di karenakan salah satu tanda dan gejala fraktur adalah nyeri. Nyeri merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada gangguan muskokeletal, sehingga klien 1 dan klien 2 mengalami gangguan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagai diagnosa yang prioritas dan aktual karena nyeri merupakan faktor utama, secara verbal klien mengatakan mengalami nyeri akan melaporkan ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakannya.

Hal ini sesuai dengan teori hierarki maslow yang menyebutkan bahwa nyeri termasuk dalam kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup dan harus dipenuhi terlebih dahulu daripada kebutuhan yang lain (Hidayat Aziz, 2019).

Pada diagnoasa ke dua pada responden I dan II yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal adalah didapatkan data subjektif pada klien 1 Tn. S dan 2 Tn. R mengatakan tangan dan kaki tangan terasa sakit dan susah untuk digerakkan. Data obyektif yang diperoleh dari klien 1 Tn. S kaki kanan klien terpasang batut bidai, hasil rontgen mengalami fraktur tulang kering, dan pergerakan terbatas dan klien 2 Tn, R tangan kiri klien terpasang batut bidai, mengalami fraktur pada lengan atas dan pergerakan terbatas. Kekuatan otot pada klien nilainya 2 yaitu tidak mampu melawan gravitasi. Sesuai dengan teori bahwa klien yang mengalami fraktur tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler,

neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu (Saferi & Mariza, 2013).

Pada diagnose ketiga pada responden I yaitu gangguan integritas kulit Data subyektif yang diperoleh dari klien 1 Tn. S mengatakan ada lecet pada telapak tangan kanan, siku, dan pipi, tangan kanan terasa perih. Data obyektif terdapat luka robek pada telapak tangan panjang 3 cm, lebar 0,75, dalam 0,5 dan luka abrasi/lecet pada paha panjang 5cm, lebar 3 cm dalam 0,25 cm. kerusakan integritas ini hanya terjadi pada klien 1.

Diagnose keperawatan pada kedua klien dari hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami adalah gangguan rasa nyaman nyeri, nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisisk maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak yang di ikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional (Hidayat Aziz, 2016, hal 124).

Menurut peneliti pada studi kasus ini di temukan bahwa klien 1 dan klien 2 mengalami gangguan rasa nyeri di karenakan salah satu tanda dan gejala fraktur adalah nyeri, nyeri merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada gangguan muskokeletal, sehingga klien 1 dan klien 2 mengalami gangguan rasa nyaman nyeri.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada responden I dan II untuk penatalaksanaan manajemen nyeri pada masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan neoromaskuler ditandai dengan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri.. Tujuan yang diharapkan dalam diagnosa ini yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari diharapkan skala nyeri klien dapat berkurang.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada responden 1 dan 2 berdasarkan diagnosa keperawatan SIKI 2018 yaitu intervensi utama manajemen nyeri. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.relaksasi nafas dalam dan kompres dingin) sesuai SOP, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur. Rendy (2012), menyatakan bahwa manifestasi klinis fraktur adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, pembengkakan local dan perubahan warna. Hal inilah yang perlu di perhatikan peneliti dalam melakukan peneletian, serta tanda dan gejala yang dialami juga sesuai dengan teori yang ada (SIKI,2018).

Untuk intervensi diagnosa dukungan mobilitas pada responden 1 dan II yaitu, Mengidentivikasi kebutuhan pembidaian fraktur, Memonitor distal pagian cedera, gerakan motoric, sensasi pada bagian tubuh yang cedera, Memonitor adanya pendarahan pada area cedera, Mengidentifikasi material bidai yang sesuai panjang bidai melewati 2 sendi, Meminimalkan pergerakan, terutama pada bagian yg cedera, Memberikan bantalan (peding) pada bidai, Imobilisasi sendi diatas dan dibawah area cedera, Menopang kaki untuh penyanggah kaki , Memasang bidai pada posisi tubuh yang ditemukan, Menggunakan kedua tangan untuk menongpang area cedera, Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai, Menganjurkan membatasi gerak pada area gerak (SIKI,2018)

Untuk intervensi gangguan integritas kulit pada responden 1 yaitu Anjurkan menggunakan pelembab lotion, Anjurkan minum air yang cukup, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, Anjurkan menghindari tempratur suhu yang ekstrim, Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya (SIKI,2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pertama pada responden 1 dan II manajemen nyeri, pada diagnose pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan pencedraan

fisik di tandai dengan pasien tampak meringis, gelisah, dengan melakukan implementasi selama 2 hari yaitu implementasi utama manajemen nyeri, Observasi : menanyakan lokasi, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri, dan keberhasilan terapi, Terapeutik : mengajarkan teknik nonfarmakologi, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Edukasi : memberitahukan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi :

Implementasi pertama pada responden I dan II yaitu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan kompres dingin, sebelum dilakukannya terapi non farmakologis skala nyeri diukur terlebih dahulu menggunakan skala numeric pada responden I dengan skala 9 dan responden II skala nyeri 8. Observasi menanyakan kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Teraupetik : membuat jadwal pendidikan kesehatan, Edukasi : menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur teknik napas dalam dan kompres dingin, memposisikan pasien dengan nyaman mungkin, meminta menutup mata berkonsentrasi penuh, mengajurkan melakukan inspirasi dan ekspirasi sesuai intruksi kemudian mengdemostrasikan menarik napas selama 4 detik menahan selama 2 detik kemudian menghembuskan selama 8 detik. Tindakan yang dilakukan untuk kompres dingin, melakukan terapi kompres dingin 2 kali dalam sehari dengan durasi waktu 10 menit, dan dilakukan pada sisi-sisi area yang fraktur, kompres dingin dapat dilakukan didekat lokasi nyeri atau disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, setelah dilakukan terapi non farmakologis skala menurun, responden I dengan skala 8 dan responden II 7.

Implementasi ke dua pada responden I dan II yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur integritas tulang memiliki intervensi utama yaitu teknik pembidaian Observasi : Identifikasi kebutuhan pembidaian (mis, fraktur, dislokasi), monitor distal pagian cedera (mis, pulsasi nadi, pengisian kaviler, gerakan motoric, sensasi) pada bagian tubuh yang cedera, Monitor adanya pendarahan pada

area cedera, Identifikasi material bidai yang sesuai (mis. Lurus dan keras panjang bidai melewati 2 sendi) , Teraupetik : Minimalkan pergerakan, terutama pada bagian yg cedera, terutama pada bagian yang cedera, Berikan bantalan (padding) pada bidai, Imobilisasi sendi diatas dan dibawah area cedera, topang kaki atau tangan utuh penyanggah, pasang bidai pada posisi tubuh yang ditemukan, gunakan kedua tangan untuk menongpang area cedera, Edukasi : Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur sebelum pemasangan bidai, anjurkan membatasi gerak pada area gerak.

Implementasi ketiga pada responden I setelah dilakukan perawatan luka, luka bersih tidak terdapat tanda-tanda infeksi masih terdapat hematoma. Hematoma belum hilang dikarenakan butuh waktu kurang lebih 7 hari untuk membuat warna kulit menjadi normal.

Menurut peneliti pada penelitian ini implementasi keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang ada seperti monitor keadaan nyeri, melakukan terapi non farmakologi seperti mengontrol rasa nyeri pada pasien saat nyeri muncul, dan telah di tambah beberapa implementasi tambahan yang bisa membantu pengurangan rasa nyeri pada klien.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan dan ditunjang oleh penelitian terkait yang dilakukan, peneliti berkesimpulan bahwa melakukan kompres dingin teknik relaksasi nafas dalam saat baik untuk dilakukan oleh penderita yang mengalami nyeri fraktur dan membantu dalam upaya untuk meminimalisirkan rasa nyeri yang sedang dirasakan.

Sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat efektifitas pemberian kompres dingin dan relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *fraktur*, hasil penelitian diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan intensitas nyeri setelah diberikan kombinasi kompres dingin dan relaksasi nafas dalam antara kelompok eksperimen dengan kelompok control (Handayani,2019)

5. Evaluasi

| No | Sebelum Dilakukan Intervensi Pada 2 Responden | Setelah Dilakukan Implementasi Responden I |
|----|--|---|
| 1. | Sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan relaksasi nafas Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan, kaki terasa seperti ditusuk- tusuk, panas dan nyeri dirasakan terus menerus, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas bawah, klien tampak meringis, gelisah dan merasa cemas saat digerakan, dengan skala 9, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital saat masuk didapatkan TD: 150/100 mmHg, ND : 105 x/I, Suhu : 37,7 ⁰ C, RR : 23 x/i. Pasien terpasang infus RL 20 dtt/menit. | pada klien 1 setelah dilakukan teknik kompres dingin dan teknik nafas dalam klien terasa lebih tenang, skala nyeri 8 , klien masih cemas untuk melakukan pergerakan, jika digerkan kaki masih teras nyeri, dari pemeriksaan di dapatkan GCS pada klien 4-5-6 dengan kesadaran komposmentis, skala nyeri 8, TD:120/80 mmHg , N:90 x/menit, RR:22 x/menit , S:36,5 ⁰ C |
| 2. | Sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan relaksasi nafas, nyeri dirasakan terus menerus dan sulit menggerakkan bagian ekstermitas atas kiri, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 8, dari hasil obsevasi lengan atas klien tampak bengkak, kebiruan dan teraba panas, klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital saat masuk didapatkan TD: 140/100 mmHg, ND: 105 x/I, Suhu : 37,7 ⁰ C, RR : 22 x/i. | pada klien 2 setelah dilakukan intervensi dengan teknik kompres dingin dan relaksasi nafas dalam skala nyeri menurun menjadi 7, klien masih cemas untuk mengerakan lengan bagian fraktur, didapatkan hasil TTVnya TD:120/90mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S : 36,5 ⁰ C. |

Menurut teori Nursalam (2016) evaluasi merupakan sesuatu yang direncanakan dan perbandingan sistemik pada ststus kesehatan klien. Perawat dapat menentukan efektifitas asuhan keperawatan dalam mencapai suatu tujuan dangan melihat dan mengukur perkembangan klien.

Menurut peneliti pada penelitian ini evaluasi pada klien 1 dan klien 2 bisa terjadi perubahan yang di pengaruhi oleh kondisi klien tersebut, selain itu perubahan kondisi pada klien tersebut juga karena intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien. Untuk pemulihan rasa nyeri pada klien 1 dan untuk klien 2 untuk mengurangi rasa nyeri menggunakan teknik yang sama yaitu dengan menggunakan teknik napas dalam dan kompres dingin, manfaat dari ke dua terapi nonfarmakologis tersebut sama- sama untuk mengurangi rasa nyeri.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada responden I dan II klien yang mengalami close fraktur dengan masalah gangguan nyeri di ruang IGD RSHD Kota Begkulu, penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat berdasarkan pada laporan studi kasus sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian responden I dan II yang dilakukan didapatkan diagnose nyeri akut Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pegkajian antara 2 klien di dapatkan keluhan yang sama yang dialami klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri pada close fraktur.

Data objektif pada saat observasi tanda-tanda vital di dapatkan bahwa pada Tn. S, mengalami fraktur femur pada ekstermitas bawah kanan, kaki kanan teraba panas dan adanya edema atau bengkak, terasa nyeri dengan skala nyeri 9. dan pada Tn. R didapatkan fraktur dibagian ekstermitas atas kiri, klien Merasakan nyeri dengan skala nyeri 8. Hasil observasi dari kedua pasien yang mengalami fraktur ekstermitas atas da ekstermitas bawa dengan masalah gangguan nyeri.

Sedangkan untuk pemeriksaan tanda tanda vitalnya pada Tn. S di dapatkan hasil TD : 150/100 mmHg, N : 105 x/menit, rr : 25 x/menit, S : 37,7o C. dan pada Tn. R di dapatkan hasil TD : 140/100 mmHg, N :105 x/menit , RR: 25x/menit, S : 36,9° C.

2. Diagnose Keperawatan

Data pengkajian dari responden I dan II diagnose yang didapat yaitu yang pertama Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik ditandai dengan klien tampak merigis, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pasien mengeluh nyeri. Yang kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan struktur tulang ditandai dengan gerakan terbatas nyeri saat bergerak, Gangguan integritas kulit berhubungan

dengan luka insisi ditandai dengan factor mekanis ditandai dengan kerusakan lapisan kulit, nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dari hasil pengakajian II responden : Diagnose nyeri akut intervensinya : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi nafas dalam) , 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), 5) Fasilitasi istirahat dan tidur. Diagnose gangguan mobilitas fisik : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Identifikasi toleran aktivitas fisik melakukan pergerakan, 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi , 4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, 5) Fasilitasi aktifitas mobiltas dengan alat bantu misalnya pagara tempat tidur, 6) Libatkan keluarga dalam membantu pasien 7) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk ditempat tidur, duduk disidi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan responden I dan II : Respon hasil dari pelaksanaan implementasi diagnose nyeri akut skala nyeri mengalami penurunan setiap harinya. Ditunjukkan dari hari pertama sebelum dilakukan implementasi skala nyeri pada responden I yaitu 9 setelah dilakukan implementasi relaksasi nafas dalam dan kompres dingin sekala menurun menjadi 8, dan pada responden II sebelum melakuka implementasi dengan sekala nyeri 8 setelah di jalankan implementasi nyeri berkurang menjadi 7. Diagnose gangguan mobilitas fisik yaitu dengan pemasangan bidai pada bagian fraktur, sebelum dilakukan pembidaian memonitor adanya pendarahan, pulsasi nadi, pengisia kviler, gerakan motoric, sensasi, implementasi pasien masih takut dalam melakukan pergerakan dan semua aktivitas klien dibantu oleh kluarga. Diagnose

gangguan integritas kulit dan resiko infeksi dilakukan pada hari terakhir melakukan edukasi kepada klien tentang perawatan luka dan pencegahan infeksi sebelum dilakukan klien mengatakan tidak mengerti tentang perawatan luka dan tanda-tanda infeksi setelah dilakukan edukasi klien mengatakan mengerti dan paham tentang perawatan luka dan bagaimana pencegahan infeksi di rumah

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil dari Evaluasi II responden keperawatan menunjukkan perbaikan mengenai kondisi pasien. Evaluasi keperawatan dapat dikatakan berhasil karena karena setiap harinya menunjukkan perbaikan. Hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat dimana pasien mengatakan kaki terasa nyeri dan takut dalam melakukan pergerakan dan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga tapi sekarang nyeri berkurang dan klien mampu mengatasi nyeri dengan relaksasi nafas dalam. Dengan data objektif skala nyeri klien mengalami penurunan setiap harinya dari awalnya 9 sekarang menjadi 8 dan klien tampak tidak merasakan gelisah lagi dalam melakukan pergerakan kecil dan aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga. Klien juga mengatakan telah mengerti cara melakukan untuk mengurangi rasa nyeri dengan mandiri atau sama keluarga. Dan cara perawatan luka dan pencegahan infeksi di rumah.

B. Saran

1. Bagi perawat di RS

Diharapkan karya tulis ilmiah ini upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memberikan asuhan keperawatan yang khusus agar kebutuhan dasar seperti memberikan terapi komplementer relaksasi nafas dalam dan kompres dingin untuk penanganan rasa nyeri.

2. Pengembangan pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan wawasan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan dengan relaksasi nafas dalam dan kompres dingin untuk penanganan rasa nyeri pada pasien fraktur

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi penelitian selanjutnya agar dapat melibatkan pengetahuan dan mengikuti perkembangan teknologi, sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan secara optimal pada pasienfraktur dengan tindakan relaksasi nafas dalam, dalam dan kompres dingin penanganan rasa nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi dkk 2014. Efektifitas kompres dingin terhadap intensitas nyeri pada pasien fraktur tutup diruang dahlia RSUD Arifin Ahmad. download.portalgaruda.org/article.php?...Efektifitas%20kompres%20dingin%20terha Diakses tanggal 14 Maret 2017
- World Health Organization. 2018.. [ac.id/bitstream/handle/123456789/9455/05.1%20bab%201.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://www.who.int/bitstream/handle/123456789/9455/05.1%20bab%201.pdf?sequence=2&isAllowed=y) Diakses pada tanggal 25 Februari 2019 jam 21:30
- Arifin (2015). Konsep Dasar Fraktur (http://digilib.uinsgd.ac.id/10641/4/4_bab1-pdf) Diakses pada tanggal 25 Februari 2019 jam 13:30 wita.
- Brunner, Suddarth. 2015. Buku Ajar keperawatan medikal bedah, edisi 8 vol.3. EGC. Jakarta.
- Purnamasari dkk 2014. Efektifitas kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien fraktur di RSUD Ungaran. pmb.stikestelogorejo.ac.id/ejournal/index.php/ilmukeperawatan/article/.../216/241. Diakses tanggal 14 Maret 2017
- Chandra (2018). Perkembangan Kejadian Fraktur. (https://www.academia.edu/10033682/BAB_I_PENDAHULUAN_Perkembangan) Diakses pada tanggal 25 Februari 19:00
- Deddy (2015), Angka Pervalensi Kejadian Fraktur (https://sinta.unud.ac.id/uploads/okumen_dir.pdf) Diakses pada tanggal 27 Februari 2019 jam 11:00.
- Depkes RI, Kemenkes RI. (2018). Profil Dinas Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2018
- Djamil. (2015). Asuhan Keperawatan Fraktur. (https://www.academia.edu/11282223/SKEN_2_FRAKTUR_TERTUTUP) Diakses pada tanggal 25 Februari 2019 jam 19:30
- Dinkes Provinsi Bengkulu. 2018. Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2018. Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- Firman. (2012). Distraksi Diperoleh Pada Tanggal 26 Oktober 2015
- Long (2017) Keperawatan Gawat Darurat Pada Klien Fraktur Diakses pada tanggal 27 Februari 2019 jam 17:00
- Fraktur. (https://www.academia.edu/11282223/Sken_2_Fraktur_Tertutup) Diakses pada tanggal 25 Februari 2019 jam 19:30.

- Harmoko.(2011). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pada Pasien Infeksi Saluran Kemih Di Ruang Murai II RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Karya Tulis tidak dipublikasikan
- Helmi, Z. N (2012). Buku ajar gangguan muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.
- Helmi, Z. N. (2013). Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika
- Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, Joseph D. Zuckerman. 2015. Handbook of Fractures 5th Edition. New York. Wolters Kluwe
- Kozier, B., & Erb,G., (2009). Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Alih Bahasa: Eny Meiliya, Esty Wahyuningsih, dan Devi Yulianti. Jakarta: EGC
- Musliha. (2010). Keperawatan Gawat Darurat. Yogyakarta: Nuha Medika
- Muttaqin, Arif. (2008). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan System Musculoskeletal. Jakarta : EGC
- NANDA.(2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (11th ed). Jakarta: EGC.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Purnamasari, E., Ismonah & Supriyadi, 2014. Efektifitas Kompres Dingin terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur di RSUD Ungaran. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan.
- Rahayu (2015) Tingkat Kecemasan Pasien Post Operasi Yang Mengalami Fraktur Ekstremitas Jurnal Keperawatan Padjajaran. ([http://jkep.fkep.unpad.ac.id/index .php/jkep/article/view/103](http://jkep.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkep/article/view/103))Diakses pada tanggal 27 februari 2019 jam 21:30
- Rendy, 2012. Buku ajar keperawatan, buku 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Sulistyaningsih. 2016. Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca open reduction internal fixation (orif) ekstermitas bawah di poli ortopedi rs ortopedi prof. dr. r. soeharso surakarta.

Sulistyo Andarmoyo. 2013. Konsep & proses keperawatan nyeri, Jogjakarta : Ar-Ruzzs Media

Yudianingsih, 2017. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur. Jurnal kesehatan Vol 9, No 2 2018

Amin dan Hardi. 2015. Aplikasi Nanda Nic-Noc Jilid 3. Yogyakarta:MediAction

**L
A
M
P
I
R
A
N**

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas Riski wijaya dengan Judul Asuhan Keperawatan gangguan nyeri dengan pemberian Terapi Distraksi, Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

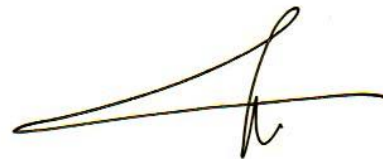
Saksi



.....

Januari 2021

Yang memberikan persetujuan



.....

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Keperawatan DIII STIKES Sapta Bakti Kota Bengkulu, akan melaksanakan Penyusunan Proposal Laporan Tugas Akhir tentang **“Asuhan Keperawatan Gangguan Nyeri Dengan Pemberian Terapi distraksi Pada Pasien *Close Fraktur* Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu”**.

Nama : Riski wijaya

NPM : 201801026

Tujuan dari Penyusunan Proposal Laporan Tugas Akhir ini adalah untuk mengetahui bagaimana **Asuhan Keperawatan Gangguan Nyeri Dengan Pemberian Terapi Distrksi Pada Pasien *Close Fraktur* Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu**. Bersama ini saya mohon kepada pasien bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dengan menandatangani lembar persetujuan serta menjawab pertanyaan dalam pengkajian Open Fraktur. Hasil pengkajian dan jawaban yang berikan akan saya jaga kerahasiaan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Demikianlah atas kesediaannya dan kerjasama sebagai responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,



Riski wijaya

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (Inisial) : *Tn. R*

Umur : *22 tahun*

Alamat : *Benteng*

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian atas peneliti :

Nama : Riski wijaya

NPM : 201801026

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Nyeri Dengan Pemberian Terapi distraksi Pada Pasien close Fraktur Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu

Saya bersedia semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan sistematika dan prosedur yang dilakukan dan menerima hasil yang diberikan. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sebagai mana mestinya

Bengkulu, 2021
Responden

()

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (Inisial) : *Tn. S*

Umur : *38 tahun*

Alamat : *Sukaraja*

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian atas peneliti :


Nama : Riski wijaya

NPM : 201801026

Judul : Asuhan Keperawatan Gangguan Nyeri Dengan Pemberian Terapi distraksi Pada Pasien close Fraktur Di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu

Saya bersedia semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan sistematika dan prosedur yang dilakukan dan menerima hasil yang diberikan. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk digunakan sebagai mana mestinya

Bengkulu *11-2021*
Responden *21*

()



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
HARAPAN DAN DOA



Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01 | Bengkulu 38223
(0736) 345100 | Fax (0736) 345 100 | [✉ kotabengkulursud@gmail.com](mailto:kotabengkulursud@gmail.com)

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 800 / / RSUD.HD/V/2021

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Rizki Wijaya
NIM : 201801026
Prodi : DIII Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul **"Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Pemberian Terapi Distraksi pada Pasien Fraktur di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu"**.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 31 Mei 2021
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU



dr. Lista Cerlyviera, M.M

PembinaTk.1-IV.b

NIP. 19690704 199903 2 003



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
HARAPAN DAN DOA**



Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01 | Bengkulu 38223
(0736) 345100 | Fax (0736) 345 100 | kotabengkulursud@gmail.com

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 600 / 023 / RSUD.HD/IV/2021

Menindaklanjuti surat dari Program Studi DIII Keperawatan Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu Tanggal 28 April 2021 Nomor : 03.02.300/STIKES.SB/IV/2021 Perihal Izin Penelitian atas nama :

Nama : Rizki Wijaya
NIM : 201801026
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) dengan judul "**Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Pemberian Terapi Distraksi pada Pasien Fraktur di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu**" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 30 April - 30 Mei 2021.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 29 April 2021

DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU



[Signature]
dr. Lista Cerlyviera, M.M

Pembina Tk.1-IV.b
NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian Instalasi Rawat Inap (IRNA)
2. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera
3. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut