

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI ORIF
FRAKTUR HUMERUS DAN RADIUS DEXTRA DI RS.
BHAYANGKARA BENGKULU TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

FIEN DIMIYANTI
NIM. P0 5120219 064

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
PRODI DIPLOMA TIGA
TAHUN 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI ORIF
FRAKTUR HUMERUS DAN RADIUS DEXTRA DI RS.
BHAYANGKARA BENGKULU TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

FIEN DIMIYANTI
P0 5120219064

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PRODI D III KEPERAWATAN BENGKULU
TAHUN 2021/2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Dengan Judul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI ORIF
FRAKTUR HUMERUS DAN RADIUS DEXTRA DI RS.
BHAYANGKARA BENGKULU TAHUN 2022**

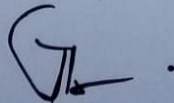
Diajukan Oleh:

FIEN DIMIYANTI
NIM. P0 5120219 064

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan
Dihadapan Panitia Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 15 Juli 2022

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Ns. Husni, S.Kep., M.Pd.
NIP. 197412061997032001

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI ORIF
FRAKTUR HUMERUS DAN RADIUS DEXTRA DI RS.
BHAYANGKARA BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

FIEN DIMIYANTI

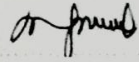
P0 5120219064

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dinilai Oleh Panitia Penguji Pada
Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal: 15 Juni 2022

Panitia Penguji


1. **Ns. Mardiani, S.Kep., MM**
NIP. 197203211995032001

()

2. **Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep**
NIP. 197709132002121002

()

3. **Ns. Husni, S.Kep., M.Pd.**
NIP. 197412061997032001

()

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan yang maha Esa, karena berkat rahmat dan karuni-Nyalah maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Orif Fraktur Humerus dan Radius Dextra di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi/material dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan tepat waktunya. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM.,MPH., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep.,M.Pd., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Husni, S.Kep.,M.Pd., selaku pembimbing yang telah menginspirasi dan banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun studi kasus ini.
5. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep.,MM., selaku ketua penguji saya yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Ns. Sahran, S.Kep.,M.Kep., selaku pengji 1 yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Pihak RS. Bhayangkara Bengkulu dan Ny.R yang telah memberikan izin serta membantu dalam penelitian ini.
8. Seluruh Dosen dan Staff di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kesalahan baik dari segi penulisan maupun penyusunan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat digunakan sebagai acuan untuk menerapkan intervensi saat melakukan penelitian.

Bengkulu, 15 Juni 2022

Penulis

KATA PERSEMBAHAN

1. Terima kasih banyak untuk kedua Orang Tuaku Bapak Sumitro dan Ibu Evi Suryanti yang selalu mendoakan dan memberikan kekuatan yang besar untuk anaknya, yang selalu memberikan motivasi positif sehingga penulis mampu berada ditempat saat ini.
2. Untuk kedua saudariku tersayang Ayuk NN dan Adek Della terima kasih telah memberikan doa, dukungan dan support yang besar untuk penulis.
3. Untuk Nenek, Datuk, Cikku Eli Sumarni dan seluruh keluarga terima kasih telah membantu dalam memenuhi kebutuhan penulis, terima kasih untuk doa dan semangat yang telah diberikan untuk penulis.
4. Terima Kasih untuk sahabatku dari SMA dan ada beberapa dari SMP Icut, Mursyidatun, Rista, Puput, Sari, Bimas, Bonus, Eko, Jayo, Patri, dan alumni yang masih sering memberikan semangat dan kadang membelikan makanan.
5. Untuk sahabatku *MASASE* (kang pijit) yaitu Dede (Dd super), Fica (Fikamv*t), Mitha (Tante Mitut), Parti (Partut), dan Nava (Nayana) terima kasih banyak telah menerima penulis sebagai sahabat yang mungkin saja memberatkan kalian, terima kasih banyak atas segala bantuan dan dukungan yang telah kalian berikan, tak ada rumah lain yang lebih indah dibandingkan kalian, tempat untuk berpulang meringankan masalah.
6. Terima kasih kepada Adek suhku, Serli Febriani S, Yolinda Kurniasi, Serli dwinda S, Kakak pembimbingku kak Yolanda Aulia K, Kak Leza Dwi J yang memberikan dukungan dan support untuk penulis.
7. Terima kasih kepada teman-teman sepembimbingan mam Husni Pegi, Denny, Nadila, Medew, Agung.
8. Terima kasih untuk kosan Sari, kosan Rista, kosan Icut, kosan Mitut yang telah memberikan penulis tempat persinggahan untuk berteduh maupun menenangkan diri.

9. Terima kasih kepada laptop Mursyi, laptop Dd, laptop Mitha yang telah berjasa membantu penulis membuat KTI ini.
10. Terima kasih kepada Na Jaemin karena telah menjadi *moodbooster* senyumannya yang terlihat begitu bebas dan tulus seakan membuat penulis ikut tersenyum dikala penulis merasa sedih, tingkahnya dan para member NCT yang absurd membuat penulis terhibur, rindu yang telah lama penulis ingin lihat setelah bubarnya Wanna One terwujudkan kembali karena kehadiran NCT, lagu-lagu mereka pun sangat berperan untuk menemani penulis saat mengetik KTI.
11. Terima kasih kepada (Pak) Liwi (Livvy Vihari) dan (pak) Aiman Idrus Alat *moodbooster* selanjutnya dan motivasi-motivasi yang telah diberikan.
12. Terima kasih atas sikap pantang menyerah dan semangat dari Jay enha di into the i-land yang sangat memotivasi dan masih banyak lagi idol lain yang memotivasi
13. Terima kasih kepada playlist diriku sendiri di joox dengan nama akun “fien ” nama playlist “*favorite journey 2*” yang telah banyak berperan penting untuk memperbaiki mood penulis.
14. Terima kasih kepada Mahasiswa/i ENC Angkatan XIV Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
15. *Last but not least, I wanna thank me to belivingin in me, I wanna thank me to be strong, I wanna thank me for always breath, I wanna thank me for never quit, I wanna thank me for getting up after crying yesterday, I wanna thank me for always love Allah.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
KATA PERSEMBAHAN.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I Pendahuluan	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II Tinjauan Pustaka	
A. Konsep Fraktur.....	6
B. Konsep Rasa Aman dan Nyaman : Nyeri	15
C. Kompres Dingin	20
D. Konsep Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.....	24
BAB III Metodologi Penulisan	
A. Rancangan Studi Kasus.....	36
B. Subyek Studi Kasus	36
C. Fokus Studi	36
D. Definisi Operasional.....	37
E. Tempat dan Waktu	37
F. Pengumpulan Data	37
G. Penyajian Data	38
H. Keabsahan Data.....	38
I. Analisa Data	39
BAB IV Hasil dan Pembahasan	
A. Hasil	40
B. Pembahasan.....	66

BAB V Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan	71
B. Saran.....	72

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

No	Nama Tabel	Halaman
2.1	Penelitian Terkait	23
2.2	Diagnosa keperawatan Pasca ORIF	29
2.3	Perencanaan Keperawatan	30
4.1	Pemeriksaan laboratorium	48
4.2	Penatalaksanaan medis	48
4.3	Analisa data	49
4.4	Diagnosa keperawatan	50
4.5	Perencanaan keperawatan	51
4.6	Implementasi dan evaluasi keperawatan	54

DAFTAR BAGAN

No	Nama Tabel	Halaman
2.1	<i>Web Of Caution</i> (WOC)	10
4.1	Genogram	42

DAFTAR GAMBAR

No	Nama Gambar	Halaman
2.1	<i>Visual Analog Scale</i>	18
2.2	<i>Verbal Rating Scale</i>	18
2.3	<i>Numeric Rating Scale</i>	19
2.4	<i>Wong-Baker Pain Rating</i>	19

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
WHO	<i>World Health Organization</i>
ORIF	<i>Open Reduction Internal Fixation</i>
OREF	<i>Open Reduction External Fixation</i>
VAS	<i>Visual Analog Scale</i>
VRS	<i>Visual Rating Scale</i>
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
MPQ	<i>McGill Pain Quatinonnari</i>
ODI	<i>Oswetry Disability Index</i>
BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
ROM	<i>Range of Motion</i>
MK	Masalah Keperawatan

DAFTAR LAMPIRAN

NO LAMPIRAN	JUDUL LAMPIRAN
Lampran 1	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 2	Dokumentasi Penelitian
Lampiran 3	Tabel Hasil Pemeriksaan Rentang Gerak Sendi
Lampiran 4	Tabel Kekuatan Otot
Lampiran 5	Surat Izin Pra Penelitian Dinas Kesehatan Kota
Lampiran 6	Surat Izin Pra Penelitan Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
Lampiran 7	Surat Izin Pra Penelitan Direktur RS Bhayangkara
Lampiran 8	Surat Pra Penelitian Rekomendasi Dinas Kesehatan Kota
Lampiran 9	Surat Izin Penelitian Direktur RS Bhayangkra Kota Bengkulu
Lampiran 10	Surat Izin Penelitian Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Lampiran 11	Surat Izin Penelitian dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Lampiran 12	Surat izin pra penelitian dari Bhayangkara
Lampiran 13	Surat penelitian dari Bhayangkara
Lampiran 14	SOP (Standar Operasional Prosedur) Terapi Kompres Dingin
Lampiran 15	Lembaran Konsul
Lampiran 16	Lembaran Opponent

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keadaan sehat baik fisik, mental maupun sosial manusia tergantung seberapa tingginya tingkat aktivitas dan mobilitas manusia. Indonesia merupakan negara berkembang yang tingkat mobilitas dan kebutuhan warganya terus meningkat dari tahun ke tahun, pastinya merasa kesulitan mengatur waktu karena waktu yang mereka miliki tidak sebanding dengan aktifitas dan kebutuhan yang harus mereka lakukan, akibatnya terburu-buru dan kurangnya kehati-hatian dalam beraktivitas. Hal ini umumnya memicu terjadinya kecelakaan dalam bekerja maupun kecelakaan bermotor yang akan menyebabkan cedera (Ririn & Purwaningsih, 2013).

Insiden fraktur ekstremitas bawah memiliki prevalensi yang tinggi pada kecelakaan yaitu sekitar 40%. Fraktur merupakan diskontinuitas tulang atau kesatuan struktur tulang terputus yang dapat merupakan retak, remah, atau bagian korteks pecah (Ridwan et al., 2018). Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 menyebutkan bahwa kecelakaan lalu lintas mencapai 120.2226 kali atau 72% dalam setahun.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (riskesdas) tahun 2018, di Indonesia fraktur terjadi diakibatkan oleh cedera seperti terjatuh, lalu lintas dan trauma benda tajam/tumpul. Riset Kesehatan Dasar 2018 menemukan ada sebanyak 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%). Kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.829 kasus, dan yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/tumpul sebanyak 236 orang (1,7%) (Kemenkes RI, 2018).

Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis. Menurut data yang dihimpun oleh Wrong Diagnosis (Ropyanto, 2013), Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kejadian fraktur terbanyak sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dari jumlah penduduknya yaitu berkisar 238

juta. Kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% (Kemenkes RI, 2018). Fraktur pada ekstremitas bawah akibat dari kecelakaan lalu lintas memiliki prevalensi paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2% dari 45.987 orang dengan kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan lalu lintas (Purnomo et al., 2017).

Masalah keperawatan yang biasa muncul pada pasien fraktur adalah nyeri akut. Dalam kasus penanganan pada kondisi fraktur dibedakan menjadi 2 yaitu metode konservatif dan operatif. Metode konservatif menggunakan OREF (*Open Reduction External Fixation*) yaitu dengan fiksasi yang dipasang di luar tubuh/anggota gerak yang cedera (*gips, spalk, bandage, dll*), sedangkan metode operative dengan ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*) yaitu penggunaan fiksasi yang dipasang di dalam tubuh dapat berupa *plat and screws, nail, narrow, wire, dll*. Tujuan dari tindakan ORIF adalah untuk mengembalikan fungsi pergerakan tulang dan stabilisasi sehingga pasien diharapkan untuk memobilisasi lebih awal setelah operasi (Sudrajat et al., 2019). Sejalan dengan penelitian (Ropyanto, 2013), sebanyak 57,1% penatalaksanaan fraktur dilakukan dengan pembedahan ORIF.

Komplikasi awal setelah fraktur adalah syok, yang bisa berakibat fatal dalam beberapa jam setelah cedera emboli lemak yang dapat terjadi dalam 48 jam atau lebih, sindrom kompartemen yang berakibat kehilangan fungsi ekstremitas permanen jika tidak ditangani segera. Komplikasi awal lainnya yang berhubungan dengan fraktur adalah infeksi, tromboemboli (emboli paru), syok hipovolemik atau traumatik, sindrom kompartemen, infeksi (semua fraktur terbuka dianggap mengalami kontaminasi), dan koagulopati intravaskuler diseminata (KID).

Komplikasi lambat yang biasanya terjadi adalah penyatuan terlambat atau tidak ada penyatuan, selanjutnya sendi palsu (*pseudoartrosis*), stimulasi elektrik osteogenesis tidak adanya penyatuan dapat distimulasi dengan impuls elektrik efektivitasnya sama dengan graft tulang, Nekrosis avaskuler terjadi bila tulang kehilangan asupan darah dan mati. Reaksi terhadap alat fiksasi interna pada kebanyakan pasien alat tersebut tidak diangkat sampai

menimbulkan gejala nyeri dan penurunan fungsi merupakan indikator utama telah terjadinya masalah. Masalah tersebut meliputi kegagalan mekanis (pemasangan dan stabilisasi yang tak memadai), kegagalan material (alat yang cacat atau rusak), berkaratnya alat, menyebabkan inflamasi lokal, respons alergi terhadap campuran logam yang dipergunakan, dan remodeling osteoporotik di sekitar alat fiksasi (stres yang dibutuhkan untuk memperkuat tulang diredam oleh alat tersebut, mengakibatkan osteoporosis disuse).

Penatalaksanaan pada fraktur dengan tindakan operatif atau pembedahan (Mue DD, 2016) dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Carpintero, 2016). Manajemen untuk mengatasi nyeri dibagi menjadi 2 yaitu manajemen farmakologi dan manajemen non farmakologi. Manajemen farmakologi dilakukan antara dokter dan perawat, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan rasa nyeri, manajemen non farmakologi teknik yang dilakukan dengan cara pemberian kompres hangat, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, stimulus terapi musik dan massage yang dapat membuat nyaman karena akan merileksasikan otot-otot sehingga sangat efektif untuk meredakan nyeri (Mediarti, 2015).

Studi kasus yang dilakukan oleh (Anugerah et al., 2017) di Ruang Dahlia RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada bulan Juni-Juli 2016 terhadap 10 pasien post operasi fraktur ORIF sebagai sampel membuktikan bahwa tindakan kompres es dapat mengurangi intensitas nyeri fraktur. Trauma muskuloskeletal, khususnya fraktur memerlukan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif. Asuhan terutama ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien yang terganggu dan mencegah mengurangi komplikasi terutama terhadap imobilisasi (Handiyani, 2014). Dalam jurnal (Risna, 2019) kelebihan pemberian kompres dingin yaitu memberikan efek fisiologis yang dapat menurunkan respon inflamasi, menurunkan aliran darah, mampu menurunkan edema serta mengurangi rasa nyeri lokal.

Hasil data Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2021, banyak dialami kasus fraktur mencapai 72 orang rawat inap. Dengan masalah nyeri pada daerah fraktur dan terjadi kesulitan menggerakkan anggota ekstremitas. Gambaran survey awal di RS. Bhayangkara kota Bengkulu tentang manajemen nyeri yang sering dilakukan yaitu terapi analgetik. Perawat belum melakukan teknik non farmakologi pada pasien diruangan Tribata. Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk mengangkat kasus fraktur pada pasien dengan judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Orif Fraktur Humerus dan Radius Dextra di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan masalah kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien pasca operasi ORIF Fraktur Radius dan Humerus Dextra di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu tahun 2022?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Orif Fraktur Humerus dan Radius Dextra di RS Bhayangkara Bengkulu pada Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

- a) Didapatkan hasil pengkajian pemenuhan rasa nyaman nyeri pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.
- b) Didapatkan diagnosa keperawatan pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.
- c) Didapatkan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.
- d) Didapatkan implementasi keperawatan pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.
- e) Didapatkan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.

- f) Didapatkan dokumentasi keperawatan pada pasien pasca ORIF di RS Bhayangkara Bengkulu.

D. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai informasi kesehatan tentang fraktur bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

2. Bagi Lahan Rumah Sakit

menerapkan perawatan dan asuhan keperawatan pada pasien dengan fraktur di ruangan rawat inap Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu sehingga bisa di aplikasikan dan dapat meningkatkan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

3. Bagi Klien

Sebagai bukti tertulis yang menunjukkan bahwa klien telah menerima asuhan keperawatan yang merupakan bantuan dalam pemecahan masalah kesehatan.

4. Bagi Penulis

Merupakan bahan evaluasi tentang kemampuan penerapan konsep keperawatan yang didapatkan selama pendidikan dalam praktik keperawatan secara nyata. Sebagai bahan untuk memperoleh tambahan pengetahuan dan keterampilan tentang asuhan keperawatan klien dengan fraktur.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Fraktur

1. Definisi

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika keutuhan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015). 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).

2. Etiologi

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013), yaitu :

a. Cedera Traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

- 1) Cedera langsung berarti pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan. Pemukulan biasanya menyebabkan fraktur melintang.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan.
- 3) Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat.

b. Fraktur Patologik

Dalam hal ini kerusakan tulang akibat proses penyakit dimana dengan trauma minor dapat mengakibatkan fraktur dapat juga terjadi pada berbagai keadaan seperti tumor tulang (jinak atau ganas), infeksi seperti osteomyelitis, dan rakhitis.

c. Secara Spontan

Disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus misalnya pada penyakit polio dan orang yang bertugas dikemiliteran.

3. Klasifikasi

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

a. Fraktur Terbuka

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:

1) 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.

2) 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.

3) 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.

a) Derajat III A

Laserasi jaringan lunak yang luas, cakupan tulang yang memadai, fraktur segmental, pengupasan periosteal minimal.

b) Derajat III B

Cidera jaringan lunak yang luas dengan pengelupasan periosteal dan paparan tulang yang membutuhkan penutupan jaringan lunak; biasanya berhubungan dengan kontaminasi masif.

c) Derajat III C

Cidera vaskular yang membutuhkan perbaikan (Kenneth *et al.*, 2015).

b. Fraktur Tertutup

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:

1) Derajat 0

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

2) Derajat 1

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

3) Derajat 2

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

4) Derajat 3

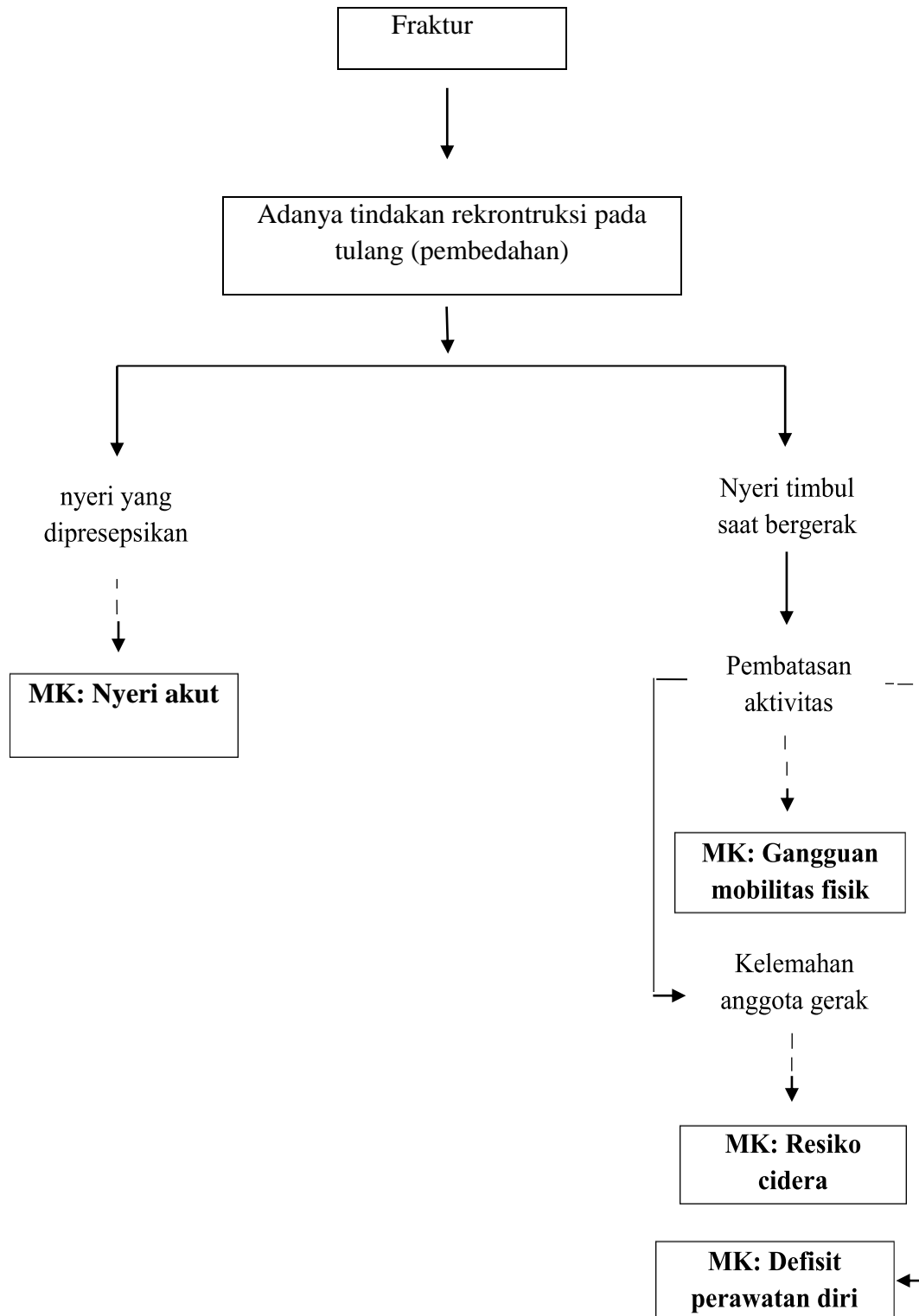
Kerusakan jaringan lunak yang luas atau avulsa subkutan dan gangguan arteri atau terbentuk sindrom kompartemen (Kenneth et al., 2015)

4. Pathofisiologi

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup, fraktur 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 berkumulasi 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, oklusi darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan *sindrom compartment* (Brunner, 2015).

5. WOC



Bagan 2.1 Web Of Caution (WOC) fraktur

Sumber : (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

6. Manifestasi Klinis Fraktur

Manifestasi klinis fraktur menurut Brunner & Suddarth (2013) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, edema lokal, serta perubahan warna. Namun, tidak semua gejala ini ada pada setiap fraktur dan kebanyakan justru tidak terdapat pada fraktur linear (fisur) atau fraktur impaksi (permukaan patahan saling terdesak satu sama lain). Berikut adalah gejala fraktur yaitu :

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah berat sampai fragmen tulang dimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan antar fragmen tulang.
- b. Bagian-bagian tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) setelah terjadinya fraktur. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan dan tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstremitas yang bisa diketahui dengan membandingkan dengan ekstremitas normal. Ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritasnya tulang tempat melekatnya otot.
- c. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lainnya sampai 2,5–5cm (1-2 inci).
- d. Saat ekstremitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan krepitus yang teraba karena adanya gesekan antar fragmen satu dengan yang lainnya. Uji krepitus dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat.
- e. Edema dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat trauma dan perdarahan yang menyertai fraktur. Edema dan perubahan warna biasanya terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah cedera terjadi.

Menurut *Nursing Care Related to the Musculoskeletal system* (2013), beberapa tanda dan gejala yang terkait dengan fraktur adalah;

- 1) Nyeri
- 2) Deformitas (terlihat atau teraba)
- 3) Gerakan salah mobilitas abnormal di situs fraktur
- 4) Perubahan warna
- 5) Edema
- 6) Krepitus
- 7) Hilangnya fungsi
- 8) Memperpendek ekstremitas.

7. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik fokus kaji kronologi dari mekanisme trauma pada tangan. Sering didapat keluhan nyeri pada luka terbuka.

- a) *Look* : Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantar pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cidera.
- b) *Feel* : adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi
- c) *Move* : daerah tungkai yang patah tidak boleh di gerakkan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin,2015).

8. 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 pendarahan, peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Profil koagulasi, perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati.
- f. Kreatinin trauma otot meningkatkan kreatinin untuk klirens ginjal.
- g. Sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau *pseudoarthrosis*. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang keluar.

9. Komplikasi

Komplikasi yang umum terjadi:

a. Komplikasi Awal

1) Kerusakan Arteri

Pecahnya arteri karena trauma dapat ditandai dengan tidak adanya nadi, *capillary refill time* (CRT) menurun, sianosis pada bagian distal, hematoma melebar, dan dinding pada ekstermitas yang disebabkan oleh tindakan darurat splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi, dan pembedahan.

2) Sindrom Kompartemen

Merupakan komplikasi serius yang terjadi karena terjebaknya otot, tulang, saraf, dan pembuluh darah dalam jaringan parut. Hal ini disebabkan oleh edema atau perdarahan yang menekan otot, saraf dan pembuluh darah, atau karena tekanan dari luar seperti gips atau pembebatan yang terlalu kuat.

3) *Fat Embolis Syndrome*

Adalah komplikasi serius yang sering terjadi 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 pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea, dan demam.

4) Avaskuler Nekrosis

Terjadi karena aliran darah ketulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya *Volkman's ischemia*.

5) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma arthopedi infeksi dimulai dari kulit (superfisial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga Karena penggunaan bahan lain pembedahan seperti pin dan plate

6) Syok

Terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Hal ini biasanya terjadi pada fraktur.

b. Komplikasi dalam Waktu Lama

1) *Delayed Union*

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi sesuai dengan waktu yang dibutuhkan untuk menyambung. Hal ini terjadi karena suplai darah ke tulang menurun. *Delayed union* adalah fraktur yang tidak sembuh setelah selang waktu 3-5 bulan (tiga bulan untuk anggota gerak atas dan lima bulan untuk anggota gerak bawah).

2) *Non Union*

Merupakan kegagalan fraktur berkonsolidasi dan memproduksi

sambungan yang lengkap, kuat, dan stabil setelah 6-9 bulan. *Non union* ditandai dengan adanya pergerakan yang berlebih pada sisi fraktur yang membentuk sendi palsu atau *pseudoarthrosis*. Ini juga disebabkan karena aliran darah yang keluar.

3) *Mal Union*

Penyembuhan tulang ditandai dengan meningkatnya tingkat kekuatan dan perubahan bentuk (deformitas).

10. Penatalaksanaan

Menurut (Purnomo et al., 2017) antara lain :

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. Antara lain hipnotis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain.

b. Farmakologis

Kategori obat-obatan *analgesic* terdapat tiga macam obat-obatan untuk mengontrol nyeri yaitu *analgesic non opiotik*, *analgesic opiot*, *analgesik adjuvant*.

B. Konsep Teori Nyeri

1. Definisi

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial 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 tiga bulan. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (Nanda, 2015).

2. Klasifikasi

- a. Klasifikasi nyeri berdasarkan sumbernya, yaitu:
 - 1) Nyeri somatik luar yaitu perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Keluhan yang timbul berupa seperti sensasi terbakar, tajam, dan dapat dilokalisasi.
 - 2) Nyeri somatik dalam yaitu digambarkan sebagai nyeri tumpul (*dullness*) akibat stimulus pada otot, jaringan ikat, sendi, tulang sehingga tidak dapat dilokalisasi dengan baik.
 - 3) Nyeri viseral respon yang timbul akibat adanya rangsangan pada organ somatik yang menutupinya seperti pleura, parietalis, pericardium, dan peritoneum.
- b. Klasifikasi nyeri berdasarkan jenisnya (Anitescu, Benzoni, & Wallace, 2017) :
 - 1) Nyeri nosiseptif yaitu nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan *somatic* ataupun *visceral*. Stimulasi nosiseptor akan mengakibatkan tersekresinya mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik
 - 2) Nyeri neurogenik yaitu nyeri akibat adanya disfungsi primer pada sistem saraf perifer seperti lesi pada daerah sekitar saraf perifer. Umumnya penderita akan merasakan seperti ditusuk-tusuk disertai sensasi panas dan tidak mengenakkan pada fungsi perabaan.
 - 3) Nyeri psikogenik yaitu nyeri yang berkaitan dengan adanya gangguan pada kejiwaan seseorang yang direpresentasikan dengan kasus depresi maupun kecemasan.
- c. Klasifikasi nyeri berdasarkan waktu:
 - 1) Nyeri akut adalah keluhan yang tidak mengenakkan berkaitan dengan kerusakan jaringan dengan durasi mendadak dengan intensitas nyeri ringan hingga berat dan telah dialami penderita ≤ 3

bulan (PPNI, 2016).

- 2) Nyeri kronik adalah pengalaman nyeri berkaitan dengan kerusakan aktual maupun fungsional, yang terjadi secara lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang telah dirasakan selama ≥ 3 bulan (PPNI, 2016).

d. Klasifikasi nyeri berdasarkan derajatnya :

- 1) Nyeri ringan dirasakan secara hilang timbul dan pada umumnya terjadi saat melakukan aktivitas sehari-hari.
- 2) Nyeri sedang timbul secara terus menerus dan menyebabkan terganggunya aktivitas dan dapat hilang saat penderita beristirahat.
- 3) Nyeri berat dapat terjadi secara menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderita tidak mampu beristirahat.

3. Faktor Penyebab

- a. Peregangan otot berlebih
- b. Aktivitas monoton atau berulang
- c. Sikap kerja tidak alamiah

4. Pengkajian Nyeri

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

- a. Skala 0 : Tidak nyeri
- b. Skala 1 : Nyeri sangat ringan
- c. Skala 2 : Nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit.
- d. Skala 3 : Nyeri sudah mulai berasa, namun masih bisa ditoleransi.
- e. Skala 4 : Nyeri cukup mengganggu (Contoh : nyeri sakit gigi)
- f. Skala 5 : Nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama.
- g. Skala 6: Nyeri sudah sampai tahap mengganggu indra, terutama indra penglihatan
- h. Skala 7 : Nyeri sudah tidak bisa melakukan aktivitas
- i. Skala 8 : Nyeri mengakibatkan tidak mampu berfikir jernih,

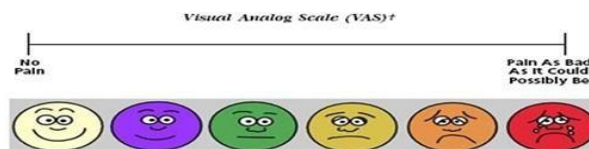
bahkan terjadi perubahan perilaku.

- j. Skala 9 : Nyeri mengakibatkan menjerit-jerit dan mengakibatkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
- k. Skala 10: Nyeri berada di tahap yang paling parah dan dapat menyebabkan tidak sadarkan diri.

Berikut ini beberapa cara menghitung skala nyeri yang paling populer dan sering digunakan :

a. VAS (*Visual Analog Scale*)

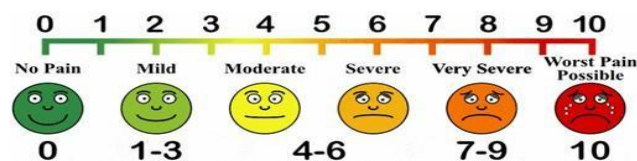
Merupakan skala linear yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita. Visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri. VAS adalah prosedur penghitungan yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



Gambar 2.1 skala nyeri VAS

b. VRS (*Verbal Rating Scale*)

Hampir sama dengan VAS hanya pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual.



Gambar 2.2 skala nyeri VRS

c. NRS (*Numeric Rating Scale*)

Metode ini didasari 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 2.3 skala nyeri NRS

d. *Wong-Baker Pain Rating Scale*

Metode penghitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh *Donna Wong* dan *Connie Baker*. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasanyeri.

Gambar 2.4 skala nyeri *Wong-Baker Pain Rating Scale*e. *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*

Metode menghitung skala nyeri yang diperkenalkan oleh Torgerson dan Melzack dari Universitas McGill pada tahun 1971. Prosedur ini berupa pemberian kuesioner yang berisikan kategori atau kelompok rasa tidak nyaman yang diderita.

f. *Oswestry Disability Index (ODI)*

Metode deteksi skala nyeri yang bertujuan untuk mengukur derajat kecacatan dan indeks kualitas hidup dari penderita nyeri, khususnya nyeri pinggang. Pada penerapannya pasien akan melakukan serangkain tes guna mengidentifikasi intensitas nyeri, kemampuan gerak motorik, kemampuan berjalan, duduk, fungsi seksual, kualitas tidur hingga kehidupan pribadinya.

g. *Brief Pain Inventory* (BPI)

Metode ini digunakan untuk menghitung skala nyeri pada penderita kanker. BPI digunakan untuk menilai derajat nyeri pada penderita nyeri kronik.

h. *Memorial Pain Assessment Card*

Metode ini digunakan untuk penderita nyeri kronik. Dalam penerapannya berfokus pada 4 indikator yaitu intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri, dan mood.

C. Kompres Dingin

Menurut Tamsuri (2012) sebagai berikut:

1. Definisi Kompres Dingin

Kompres dingin adalah salah satu cara yang bisa dilakukan untuk pengobatan, salah satunya penanganan cedera. Jika dilakukan dengan benar, cara ini bisa meredakan cedera, nyeri, bengkak, atau mendinginkan demam. Kompres dingin adalah salah satu metode penurun nyeri dengan menggunakan suhu rendah sehingga dapat memberikan efek fisiologis yang berarti pada daerah nyeri. Untuk menurunkan nyeri, dianjurkan suhu saat mengompres tidak terlalu dingin karena dapat menyebabkan frost bite serta rasa yang tidak nyaman. Suhu yang dianjurkan berkisar antara 18-27°C.

2. Tujuan dan Manfaat

Tujuan diberikan kompres dingin adalah:

Agar dapat menurunkan sensasi nyeri pada daerah fraktur, dapat juga menurunkan respons inflamasi jaringan, menurunkan aliran darah agar

mengurangi perdarahan, mengurangi edema. Kompres dingin membantu menurunkan suhu di bagian tubuh tertentu sekaligus mengurangi rasa sakit dan bengkak. Hanya saja, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum melakukan kompres dingin. Beberapa penyakit, seperti artritis, merespons kompres panas dengan lebih baik. Umumnya, cedera yang berlangsung lama cenderung lebih diuntungkan dengan kompres hangat.

3. Indikasi

Penggunaan kompres dingin diindikasikan pada trauma pada 12-24 jam pertama atau tidak lebih dari satu hari, terjadinya fraktur, terkena gigitan serangga, terjadinya perdarahan, mengalami spasme otot, mengalami artritis reumatoid, mengalami pruritus, mengalami sakit kepala.

4. Kontra Indikasi

Kompres dingin tidak boleh dilakukan apabila terdapat penyakit *Reinaud*, trauma yang lama atau lebih dari 24 jam, alergi atau hipersensitivitas terhadap dingin. Beberapa klien memiliki alergi terhadap dingin yang dimanifestasikan dengan respon inflamasi.

5. Prosedur Kompres Dingin

Es paling efektif digunakan segera setelah cedera. Kamu bisa melakukan sendiri atau meminta bantuan seseorang untuk mengeluarkan kompres es dan meletakkannya pada cedera selama diperlukan. Untuk membuat kompres dingin sendiri, bahan yang diperlukan, yaitu:

- a) Es
- b) Lap atau handuk kecil bersih
- c) Kantong plastik

Setelah itu, penggunaan kompres dingin untuk tangani cedera ikuti langkah berikut:

- a) Letakkan es batu ke dalam kantong plastik dan handuk kecil bersih untuk membuat kompres dingin.
- b) Letakkan kompres yang sudah dibuat di kulit hingga 10-20 menit.
- c) Keringkan area cedera dengan handuk kering setelah selesai.

- d) Ulangi kompres khususnya pada cedera pembengkakan. Terus lakukan hingga bengkaknya hilang.
- e) Diketahui, hindari penggunaan kompres dingin selama lebih dari 20 menit setiap kalinya. Jika ingin mengulangi kompres untuk itu simpan Kembali es ke *freezer* selama sehari-hari jika diperlukan.
- f) Meskipun tidak ada batasan yang ditentukan untuk melakukan kompres dingin, namun pertimbangkan untuk menghubungi dokter jika cedera tidak membaik dalam 48 hingga 72 jam.

Menurut penelitian (Anugerah et al., 2017) bahwa terjadi penurunan nilai skala nyeri setelah dilakukan terapi kompres dingin. Rata-rata nilai skala nyeri pada pengukuran sebelum terapi adalah 3,7 dan mengalami penurunan setelah terapi kompres dingin menjadi 2,9 dari 10 pasien.

Penelitian Terkait

Tabel. 2.1

No	Judul Penelitian	Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (<i>Open Reduction Internal Fixation</i>) pada Pasien Fraktur di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso	Amanda Putri Anugerah, Retno Purwandari, & Mulia Hakam (2017)	Metode penelitian ini adalah pre eksperimental dengan <i>desain one group pretest-posttest</i> . Teknik pengambilan sampel adalah quota sampling melibatkan 10 responden. Variabel independen adalah terapi kompres dingin dan variabel dependen adalah nyeri pasca operasi.	Hasil penelitiann menunjukkan bahwa ada pengaruh kompres dingin bahwa terjadi penurunan nilai skala nyeri setelah dilakukan terapi kompres dingin. Rata-rata nilai skala nyeri pada pengukuran sebelum terapi adalah 3,7 dan mengalami penurunan setelah terapi kompres dingin menjadi 2,9.
2.	Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup di IGD RSMH Palembang Tahun 2012	Devi Mediarti, Rosnani, Sosya Mona Seprianti	Metode penelitian ini merupakan jenis penelitian eksperimen dengan desain one group pre test-post test (pra-post test dalam satu kelompok) secara kuantitatif, dimana suatu kelompok diberikan perlakuan untuk menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah eksperimen, tetapi sebelumnya dilakukan observasi pertama (pre-test), setelah itu dilakukan post-test.	Rata-rata nyeri sebelum dilakukan kompres dingin adalah 6,40 (95% CI: 5,85-6,95), median 6,00 dengan standar seviasi 0,986. Nyeri terendah adalah 5 dan nyeri tertinggi adalah 8. Rata-rata skala nyeri setelah dilakukan kompres dingin adalah 3,53 (95% CI: 2,81-4,25), median 3,00 dengan standar deviasi 1,302. Nyeri terendah adalah 2 dan nyeri tertinggi adalah 6.
3.	Penurunan Intensi Nyeri pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi Kompres Dingin	Made Suryani, Edy Soesanto	Metode dalam studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus berdasarkan penerapan Evidence Based Nursing Practice yaitu terapi kompres dingin terhadap penurunan intensitas nyeri. Studi kasus ini dilakukan di ruang Nakula 1 pada Februari 2020. Subjek yang digunakan pada studi kasus berjumlah 2 orang pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan yaitu pasien yang bersedia menjadi subjek studi kasus, dan menderita nyeri fraktur dengan tingkat skala nyeri 2-6. Kriteria eksklusinya yaitu pasien dengan skala nyeri > 6 dan tidak bersedia menjadi responden.	Pemberian terapi kompres dingin yang dilakukan selama 3 hari berhasil menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur tertutup. Hasil ini ditunjukkan adanya penurunan tingkat nyeri pada kedua subjek studi kasus. Bagi tenaga kesehatan dapat menggunakan terapi kompres dingin sebagai terapi non farmakologi untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur tertutup.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini. Tahap ini terbagi atas:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region : radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur yang nantinya membantu rencana tindakan terhadap pasien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena (Ignatavicius, Dona D, 2006).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang dan penyakit paget yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu factor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis, yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik.

b. Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat.

c. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat pada kasus fraktur akan timbul ketidakuatan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, dan apakah pasien berolahraga atau tidak.

- 2) Pola nutrisi dan metabolisme pada pasien fraktur harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vit. C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan.
 - 3) Pola aktivitas karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur.
 - 4) Pola hubungan dan peran pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena pasien harus menjalani rawat inap.
 - 5) Pola persepsi dan konsep diri dampak yang timbul pada pasien fraktur yaitu timbul ketidakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan atau melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya salah.
 - 6) Pola sensori dan kognitif pada pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian distal fraktur, sedang pada indra yang lain tidak timbul gangguan. begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan.
 - 7) Pola tata nilai dan keyakinan untuk pasien fraktur tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak pasien.
- d. Pemeriksaan Fisik
- a) Aktivitas/istirahat
Tanda: keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena (mungkin segera, fraktur itu sendiri atau terjadi secara sekunder dan dari pembengkakan jaringan serta nyeri).

b) Sirkulasi

Gejala: hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri atau ansietas) hipotensi (kehilangan darah), penurunan atau tidak ada nadi pada bagian distal yang cedera, pengisian kapiler lambat, pucat pada bagian yang terkena.

c) Integritas ego

Tanda: cemas, mudah tersinggung.

Gejala: Perubahan tingkah laku dan kepribadian (tenang atau dramatis).

d) Neurosensori

Gejala: hilangnya atau sensori, spasme otot, kerdas atau kesemutan (prarestasi).

Tanda: perforasi lokal: Angulasi abnormal, pendekatan, rotasi, krepitasi, spasme otot, kelemahan/hilang fungsi.

e) Nyeri/kenyamanan

Gejala: nyeri berat tiba-tiba saat cedera (terlokalisasi pada area jaringan atau berkurang pada imobilisasi), tidak ada nyeri akibat kerusakan syaraf, spasme atau kram otot setelah imobilisasi.

f) Pernapasan

Tanda: perubahan pola pernafasan (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), nafas berbunyi, stridor, tersedak, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi).

g) Keamanan

Tanda: fraktur/disiokasi, kulit laserasi, abrasi, perubahan warna pada kulit. Gangguan rentang gerak. tonus otot hilang, kekuatan secara umum mengalami paralisis. pembengkakan lokal (dapat meningkat bertahap atau tiba-tiba) Penyuluhan/pembelajaran.

Gejala: lingkungan cedera.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien fraktur (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Pasca ORIF

NO	DIAGNOSA (DEFINISI)	PENYEBAB	TANDA DAN GEJALA MAYOR	TANDA DAN GEJALA MINOR	KONDISI KLINIS TERKAIT
1.	Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	1) Subjektif a) Mengeluh nyeri 2) Objektif a) Tampak Meringis b) Berskiap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) c) Gelisah d) Frekuensi nadi meningkat e) Sulit tidur	1) Subjektif: (tidak tersedia) 2) Objektif: a) Tekanan darah meningkat b) Pola nafas berubah c) Nafsu makan berubah d) Proses berpikir terganggu e) Menarik diri	1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom coroner akut 5) glaukoma
2.	Gangguan mobilitas fisik Adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	Kerusakan integritas struktur tulang.	1) Subjektif a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas 2) Objektif a) Kekuatan otot menurun b) Rentang gerak (ROM) menurun	1) Subjektif a) Nyeri saat bergerak b) Enggan melakukan pergerakan c) Merasa cemas saat bergerak 2) Objektif a) Sendi kaku b) Gerakan tidak terkoordinasi c) Gerakan terbatas d) Fisik lemah	1) Stroke 2) Cedera medula spinalis 3) Trauma 4) Fraktur 5) Osteoarthritis 6) Osteomalasia 7) keganasan

Sumber: SDKI, PPNI 2017

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3 perencanaan keperawatan

NO	DIAGNOSA (SDKI)	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Nyeri akut B.D Agen Pencedera Fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:</p> <p>Tingkat nyeri cukup menurun</p> <p>Dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Sikap protektif cukup menurun 4. Gelisah cukup menurun 5. Kesulitan tidur cukup menurun 6. Menarik diri cukup menurun 7. Berfokus pada diri sendiri cukup menurun 8. Diaforesis cukup menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) cukup menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang cukup menurun 	<p>SIKI : Manajemen Nyeri</p> <p>Aktivitas Keperawatan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian nyeri membantu menentukan penanganan untuk mengurangi nyeri. 2. Skala nyeri untuk mengetahui seberapa besar skala nyeri yang dirasakan. 3. Respon non verbal membantumengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya. 4. Untuk dapat mengurangi nyeri kita perlu mengetahui faktor penyebabnya 5. Pengetahuan pasien tentang nyeri akanmengurangi ketegangan pasien 6. Mengetahui pengaruh budaya yang mungkin dapat mempengaruhi nyeri 7. Pengalaman nyeri dapat membantu mengetahui adakah kualitas hidup yangterganggu. 8. Memberikan pengetahuan pada pasienuntuk mengenali

			<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik kompres dingin kepada pasien 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. fasilitasi istirahat dan tidur 4. pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> 	<p>nyerinya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pemberian analgesik dapat membantu mengurangi nyeri pasien. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pasien. 2. Nyeri akan berkurang di suasana yang tenang. 3. Istirahat dan tidur agar nyeri pasien berkurang 4. Meberikan terapi pada pasien untuk mengurangi nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. agar pasien dapat mengurangi resiko penyebab terjadinya nyeri 2. mengajarkan strategi meredakan nyeri pada pasien 3. agar mengetahui perkembangan, pasien dianjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. agar analgetik dapat berfungsi dengan baik ajarkan pasien menggunakan analgetik dengan tepat 5. pasien diajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jika diperlukan lakukan
--	--	--	--	--

				kolaborasi bersama tenaga kesehatan lainnya untuk pemberian analgetik.
2.	Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan: Mobilitas fisik cukup meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 4. Nyeri cukup meningkat 5. Kecemasan cukup meningkat 6. Kaku sendi cukup meningkat 7. Gerakan tidak terkoordinasi cukup meningkat 8. Gerakan terbatas cukup meningkat 9. Kelemahan fisik cukup meningkat	SIKI: Dukungan Mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi yang harus	1. Pengkajian nyeri pada bagian lainnya dilakukan agar tidak memperparah nyeri sebelumnya. 2. Mengetahui seberapa besar kemungkinan pasien susah bergerak. 3. Mengetahui frekuensi jantung apakah setelah melakukan mobilisasi 4. Periksa kembali kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Pasien beraktifitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur 2. Lakukan pergerakan jika pasien memungkinkan untuk bergerak 3. Ajak keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Agar pasien dapat memahami jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Anjurkan pasien melakukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi santai

			dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
--	--	--	---	--

Sumber: (SDKI, 2017), (SLKI, 2019), (SIKI, 2018).

4. Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Supratti & Ashriady, 2018). Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual) kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Supratti & Ashriady, 2018). Komponen yang terdapat pada implementasi adalah :

- a. Tindakan observasi yaitu tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien.
- b. Tindakan terapeutik adalah tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien.
- c. Tindakan edukasi merupakan tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien merawat dirinya dengan membantu klien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah.
- d. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya seperti dokter, analis, ahli gizi, farmasi.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Andi (2017) evaluasi keperawatan merupakan suatu aktivitas tindakan perawat untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan terhadap asuhan keperawatan yang di

berikan yang dilakukan setelah tindakan implementasi. Menurut Fitriani (2018) terdapat dua jenis evaluasi yaitu:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) yaitu data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (objektif) yaitu data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) yaitu masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) yaitu perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus

Jenis penelitian yang dilakukan bersifat deskriptif bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan masalah kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien pasca operasi ORIF Fraktur Radius dan Humerus Dextra di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah klien dengan fraktur dengan kebutuhan rasa nyaman dan gangguan mobilitas fisik di RS Bhayangkara Bengkulu yang berjumlah satu orang pasien dengan masa perawatan tiga hari.

1. Kriteria inklusi

- a) Penderita fraktur dengan gangguan rasa nyaman nyeri dan gangguan mobilitas fisik yang dirawat di Ruang Tribata Bedah RS Bhayangkara Bengkulu.
- b) Penderita bersedia menjadi responden.

2. Kriteria eksklusi

- a) Pasien menolak menjadi responden.
- b) Pasien pulang kurang dari 3 hari.
- c) Pasien meninggal dunia.

C. Fokus Studi

Fokus studi kasus ini adalah mendeskripsikan pemenuhan rasa nyaman yang berfokus pada diagnosa nyeri akut dengan intervensi manajemen nyeri pada pasien pasca operasi ORIF fraktur.

D. Batas Istilah (Definisi Oprasional)

1. Fraktur adalah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik.
2. Pasca operasi adalah saat setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan.
3. Orif adalah penggunaan fiksasi yang dipasang didalam tubuh yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi pergerakan tulang dan stabilisasi
4. Pemenuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan yang membuat seseorang merasa nyaman, terlindung dari ancaman psikologis, bebas dari rasa sakit terutama nyeri.
5. Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya.
6. Kompres dingin adalah Tindakan mengompres daerah nyeri sekitar luka fraktur menggunakan es dibalut dengan handuk kecil.

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RS Bhayangkara Bengkulu dari tanggal 19-21 Juni 2022, di Ruang Tribrrara Bedah dimulai dan melakukan pengurusan surat penelitian sampai pengurusan surat telah selesai penelitian yang dilakukan.

F. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal tentang Fraktur dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Orif Fraktur Humerus dan Radius Dextra Di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022", setelah disetujui oleh penguji proposal, maka tahap yang dilakukan adalah penyusunan proposal, pengurusan surat izin penelitian, analisa kasus, persetujuan responden, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, persiapan pasien pulang, serta surat perizinan telah selesai penelitian.

G. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1) Teknik Pengumpulan Data

- a) Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola fungsi kesehatan), (sumber data bisa dari klien keluarga dan perawat lainnya).
- b) Observasi dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, thoraks, abdomen, genitalia, ekstremitas, dan pemeriksaan system perkemihan dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada klien. Data fokus yang harus didapatkan adalah pada system pencernaan.
- c) Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

2) Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, data dari status klien, dan data laboratorium, alat pemeriksaan fisik.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari institusi pendidikan, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di ruang RS Bhayangkara Kota Bengkulu selama 3 hari. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/status pasien, anamnesa dengan klien langsung, dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, untuk menjaga validitas dan keabsahan data, peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap

data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data skunder yaitu TTV.

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan menyajikan data hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi hasil laboratorium dalam bentuk otobiografi. Selanjutnya, data evaluasi berhasil dikumpulkan akan dianalisis dengan membandingkannya dengan penelitian teoritis yang telah diatur analisis data diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang di lakukan dalam penelitian ini akan dianalisis dengan membandingkan hasil dengan tahapan proses yang dijelaskan dalam gambaran teoritis.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menjelaskan studi kasus asuhan keperawatan rasa nyaman nyeri melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa fraktur di RS Bhayangkara ruang Tribrata Bedah yang dilakukan tanggal 19 juni 2022 sampai 22 juni 2022. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode auto anamnesa (wawancara dengan klien langsung), dan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), petugas kesehatan lain (perawat ruangan), observasi, pemeriksaan fisik, dan review rekam medis dan catatan keperawatan.

a. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.R berusia 36 tahun tanggal lahir 16 Juni 1986 beragama Islam sudah menikah pekerjaan IRT Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia penanggung jawabnya suami pasien Tn.H alamat Jl. Gedang nomor registrasi 10.79.66 dengan diagnosa fraktur.

2. Riwayat Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan utama MRS

Pasien masuk RS pada hari senin tanggal 18 juni 2022 jam 16.15 WIB, keluhan saat masuk rumah sakit adalah tangan kanan dan pergelangan tangan sulit digerakkan serta terasa nyeri.

b) Kronologis keluhan utama

Pasien diabrak oleh motor saat motor, pasien terjatuh kearah kanandan tubuh menimpa tangan kanan pasien, pasien dalam keadaan sadar nama tangan kanan terasa nyeri, pasien langsung di bawa ke rumah sakit oleh suaminya.

c) Penanganan yang telah dilakukan saat di rumah sakit.

Penanganan di IGD telah dilakukan pemasangan infus RL, diberikan pronalges suposs, dan diberikan antrain 1 amp bolus IV pada pukul 16.30 WIB, pasien mulai operasi tanggal 18 Juni 2022 pukul 19.00 WIB dengan jenis anestesi GA jumlah perdarahan saat operasi ± 250 cc.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

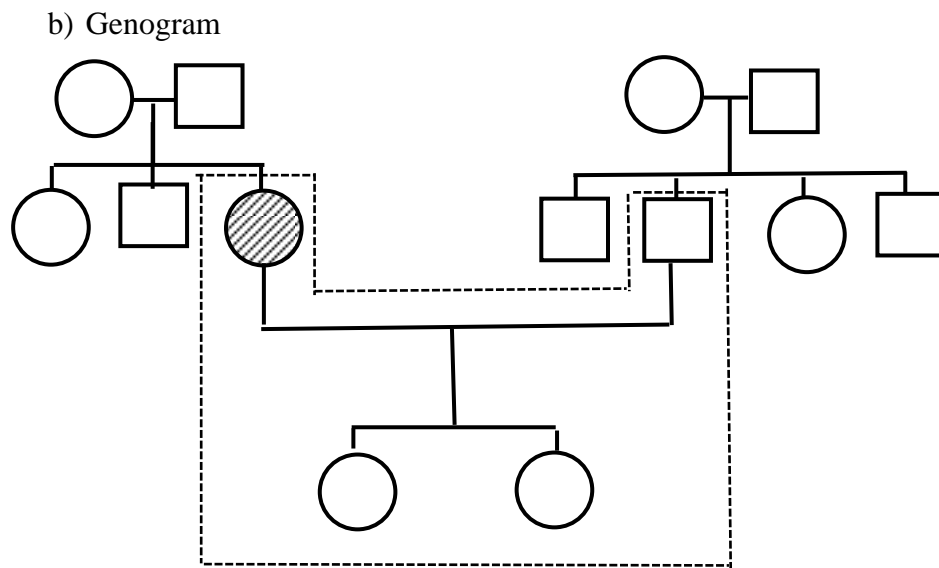
Saat dilakukan pengkajian tanggal 19 Juni 2022 pukul 09:06 WIB pasien mengeluh nyeri setelah operasi, nyeri dirasakan sangat nyeri terasa berdenyut di daerah tangan kanan dengan skala nyeri 8, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi waktu 5-10 menit sering kali muncul terutama saat di sentuh, pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, semua aktivitas dibantu oleh keluarga.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatan belum pernah mengalami fraktur sebelumnya, tidak mempunyai riwayat Diabetes, tidak memiliki riwayat penggunaan narkoba dan konsumsi alkohol maupun alergi obat dan makanan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan keterangan)

a) Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko.



Bagan 4.1 Genogram

Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

— : Menikah

| : Keturunan

----- : Serumah

⊗ : Pasien

6. Riwayat Pola Kebiasaan :

a) Kebutuhan oksigenisasi

Kebutuhan oksigenisasi pada Ny.R tidak ada keluhan batuk, kemampuan bernafas normal, tidak ada sesak, tidak ada nyeri dada, tidak ada penggunaan alat bantu nafas dan tidak ada keluhan pada pemenuhan kebutuhan oksigenisasi.

b) Kebutuhan sirkulasi

Pada kebutuhan sirkulasi Ny.R tingkat kesadaran pasien compos mentis, pasien tidak mampu rileks, dan pasien mengeluh lelah, pasien tidak sesak dan tidak batuk.

c) Kebutuhan nutrisi dan cairan

1) Makan

Pada pasien Ny.R menyatakan makan/hari masih normal sebelum masuk rumah sakit 2-3 kali/hari dan saat masuk rumah sakit tidak ada perubahan nafsu makan, untuk jenis makanan diit tidak ada, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, namun ada makanan pantangan untuk pasien fraktur, seperti alkohol yang dapat menyebabkan seseorang tidak berdiri seimbang sehingga resiko terjatuh dan mengalami cedera di tulang lebih tinggi lagi, kopi dan juga garam.

2) Minum

Minum/hari Ny.R menyatakan sebelum masuk rumah sakit dan saat masuk rumah sakit tidak ada perubahan , untuk jenis minuman dianjurkan yaitu minum air putih, jumlah minum/hari pasien ± 1 liter perhari, tidak ada keluhan dengan kemampuan menelan dan tidak ada masalah pada pemenuhan kebutuhan cairan.

d) Kebutuhan eliminasi

1) Eliminasi BAK

Pada pasien kebutuhan eliminasi BAK pada Ny.R , tidak ada nyeri, tidak ada keluhan saat BAK, pasien terpasang kateter.

2) Eliminasi BAB

Ny.R menyatakan sebelum masuk rumah sakit BAB 1 hari sekali namun saat di rumah sakit Ny.R belum berkeinginan untuk BAB.

e) Kebutuhan istirahat dan tidur

Ny.R mengeluh adanya kesulitan untuk tidur yaitu pasien gelisah, tampak meringis menahan sakit. Pada nyeri yang dirasakan pasien

yaitu saat bergerak atau mengubah posisi tidurnya yang mengganggu area luka *post op* tersebut, sehingga pasien sering terbangun pada saat tidur.

f) Kebutuhan aktivitas/mobilisasi

Untuk melakukan aktivitas/mobilisasi, pada pasien Ny.R adanya perasaan lemah otot, ada keterbatasan pergerakan, pemenuhan *personal hygiene* masih di bantu oleh keluarga, kemampuan berjalan pasien belum ada karena pasien belum beranjak dari tempat tidur, untuk pemenuhan eliminasi tidak ada keluhan karena terpasang kateter, untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mobilisasi masih di bantu oleh keluarga.

g) Kebutuhan rasa nyaman

PQRST :

- (1) P (*provokatif* atau paliatif), penyebab nyeri pada pasien Ny.R nyeri pasca operasi.
- (2) Q (Quality atau kualitas), kualitas nyeri yang dirasakan pada Ny.R nyeri berdenyut.
- (3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi), lokasi nyeri yang dirasakan pada Ny.R di bagian tangan kanan dengan penyebaran nyeri hanya di lokasi pembedahan dan sekitarnya.
- (4) S (Severity atau skala), pada pasien Ny.R skala nyeri yang dirasakan pasien yaitu 8.
- (5) T (timing atau waktu), untuk waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit dan ketika pasien bergerak atau disentuh.

h) Kebutuhan *personal hygiene*

Untuk kebutuhan *personal hygiene* sebelum masuk rumah sakit Ny.R menyatakan mandi 2 kali sehari sedangkan saat di rumah sakit hanya dilap pada sore hari, kebiasaan cara oral hygiene pasien juga hanya berkumur-kumur yang dibantu oleh keluarga, belum

sepenuhnya bisa untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan masih di bantu oleh keluarganya.

7. Pengkajian Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a) Pemeriksaan fisik umum

Pada Ny.R mencapai kesadaran penuh (composmentis), Ny.R mengatakan nyeri pada luka jahitan dan daerah fraktur, pasien juga tampak meringis menahan sakit, tampak gelisah, kesulitan tidur, tampak lemah, berfokus pada diri sendiri, pasien tampak menghindari pagar tempat tidur pada tangan kanan.

b) Sistem penglihatan

Pada sistem penglihatan posisi mata, kelopak mata, pergerakan bola mata normal dan simetris, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik, Pupil isokor (kedua pupil kanan dan kiri berukuran sama), tidak midriasis (melebar), adanya reflek terhadap cahaya pada pupil, tidak ada peradangan pada kornea dan iris dan pada visus dapat membaca dalam jarak lebih kurang 6 m dan fungsi penglihatan pada pasien Ny.R baik.

c) Sistem pendengaran

Dilakukan pemeriksaan pada Ny.R bentuk telinganya simetris kanan/kiri, ukuran telinga normal dan simetris kanan/kiri, pemeriksaan lubang telinga pasien bersih, pemeriksaan ketajaman pendengaran baik, tidak ada cairan dari telinga, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, jadi untuk sistem pendengaran sangat baik tidak ada keluhan pada pasien.

d) Sistem pernafasan

Pada sistem pernafasan Ny.R pernafasan pasien normal, tidak ada sumbatan jalan napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada retraksi dinding dada, irama teratur, jenis pernafasan pernafasan dada, kedalaman normal, tidak ada batuk, sputum, serta tidak ada batuk darah dan pada sistem pernafasan ini baik tidak ada keluhan dari pasien yang mengganggu aktivitasnya.

e) System kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler adanya pemeriksaan irama jantung yaitu teratur, kekuatan jantung kuat, distensi vena jugularis kanan dan kiri tidak ada tekanan, bunyi jantung normal (bj 1 lebih kencang dari bj 2) dan tidak ada sakit pada dada.

f) Sistem hematologi

Untuk pemeriksaan sistem hematologi tidak ada pendarahan pada sistem hematologi dan keadaan pasien tidak pucat.

g) Sistem syaraf pusat

Pengkajian sistem fungsi persyarafan pada pasien meliputi: tingkat kesadaran composmentis, saraf kranial normal, tidak ada keluhan sakit kepala, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, dan tidak ada gangguan sistem persyarafan pada pasien.

h) Sistem pencernaan

Ny.R tidak mengeluhkan adanya gangguan pencernaan, hanya saja Ny.R belum BAB saat masuk rumah sakit.

i) Sistem endokrin

Pada Ny.R keluhan untuk sistem endokrin yaitu tidak ada mengalami kelainan fungsi endokrin karena tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka ganggren.

j) Sistem urogenital

Output urin normal, pada saat pengkajian awal pasien masih terpasang kateter, warna urine kuning pekat, tidak ada keluhan sakit pinggang dan tidak ada keluhan nyeri pada saat BAK.

k) Sistem Integumen

Sistem integumen pada Ny.R tidak ada kelainan pada kondisi kulit akan tetapi tampak adanya luka operasi di tangan kanan bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit pasien baik, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tidak ada pembengkakan dan

kemerahan di sekitarnya dan keadaan rambut pasien cukup bersih, tekstur rambut juga halus.

1) Sistem muskuloskeletal

Pada sistem muskulokeletal ada kesulitan dalam pergerakan di tangan karena pasien mengalami fraktur radius dan 1/3 humerus. Pemeriksaan ROM pada tangan kanan gerakan bahu terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan, siku tidak ada gerakkan, gerakan lengan tidak ada gerakan, gerakkan pergelangan tangan dan jari terdapat kontraksi tetapi tidak ada gerakan sendi, kekuatan otot pada Ny.R adalah 1 yaitu kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakkan.

8. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah suami, interaksi dalam keluarga pola komunikasi berbicara baik, pembuatan keputusan adalah pasien dan keluarga, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu keluarga tampak sedih, masalah yang mempengaruhi pasien, mekanisme koping terhadap stres keluarga disamping pasien.

Persepsi pasien terhadap penyakitnya hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah cara agar cepat sembuh, harapan setelah menjalani perawatan klien berharap cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah adan terasa lemas, aktivitas terganggu, nyeri di tangan kanan. sistem nilai kepercayaan nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktifitas agama/kepercayaan yang dilakukan yaitu pasien berdo'a.

9. Data Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan laboratorium 18 Juni 2022

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	11.3	P : 12-14 g/dl
Leukosit	11.200	P : 5.000 – 10.000/ul
Trombosit	307.000	150.000 - 400.000/ul
Hematokrit	33%	P : 36 – 46 %
Waktu Perdarahan	2'10"	1 – 6 menit
Waktu Pembekuan	3'15"	2 – 6 menit
BSS	110	60-140 %

10. Penatalaksanaan (Therapi/pengobatan termasuk diet)

Tabel 4.2 Penatalaksanaan medis

No.	Nama Obat	Dosis	Rute	Waktu	Tanggal		
					19/7/22	20/7/22	21/7/22
1.	RL	20 tpm	Iv	24 jam	✓	✓	✓
2.	Antrain	1 gram	Iv	3x24 jam	✓	✓	✓
3.	Ceftriaxone	1 gram	Iv	2x24 jam	✓	✓	✓
4.	Methycobal	500 mg	Iv	1x24 jam	✓	✓	✓

b. ANALISA DATA

Tabel 4.3 Analisa data

NAMA PASIEN : Ny.R	UMUR : 36 Tahun
RUANGAN : Tribrata Bedah	NO.REG : 10.79.66

NO.	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan akibat setelah operasi terjadi akibat terjatuh dari motor. 2) Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3) Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan 4) Pasien mengatakan sangat nyeri skala 8 5) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan sakit 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah, wajah terlihat sedikit kusam dan terdapat lingkaran hitam disekitar 4) Pasien tampak sulit fokus dan hanya berfokus pada diri sendiri 	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>
2	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan 2) Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan 3) Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot tangan kanan I 2. Rentang gerak menurun 3. Pasien tampak lemah 4. Gerakan pasien tampak terbatas 	<p>Kerusakan integritas struktur tulang</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

c. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.4 Diagnosa keperawatan

NAMA PASIEN : Ny. R	UMUR : 36 Tahun
RUANGAN : Tibrata Bedah	NO.REG : 10.79.66

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL DITEGAKKAN	TANDA TANGAN
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ditandai dengan: Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan setelah operasi akibat terjatuh dari motor. 2) Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3) Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan 4) Pasien mengatakan sangat nyeri skala 8 5) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan sakit 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah, wajah terlihat sedikit kusam dan terdapat lingkaran hitam dibawah mata 4) Pasien tampak sulit focus dan hanya berfokus pada diri sendiri 	19 Juni 2022	<i>Fien</i>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang Ditandai dengan: Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan 2) Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan 3) Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot tangan kanan 1 2. Rentang gerak menurun 3. Pasien tampak lemah 4. Gerakan pasien tampak terbatas 	19 Juni 2022	<i>Fien</i>

d. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Table 4.5 Perencanaan keperawatan

NAMA PASIEN : Ny. R	UMUR : 36 Tahun
RUANGAN : Tribrata Bedah	NO.REG : 10.79.66

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ditandai dengan: Ds : 1. Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan akibat setelah operasi terjadi akibat terjatuh dari motor. 2. Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan: Tingkat nyeri cukup menurun Dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Sikap protektif cukup menurun 4. Gelisah cukup menurun 5. Kesulitan tidur cukup menurun 6. Menarik diri cukup menurun 7. Berfokus pada diri sendiri cukup menurun 8. Diaforesis cukup menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) cukup menurun	SIKI : Manajemen Nyeri Aktivitas Keperawatan Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan	Observasi: 1. Pengkajian nyeri membantu menentukan penanganan untuk mengurangi nyeri. 2. Skala nyeri untuk mengetahui seberapa besar skala nyeri yang dirasakan. 3. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya. 4. Untuk dapat mengurangi nyeri kita perlu mengetahui faktor penyebabnya 5. Pengetahuan pasien tentang nyeri akan mengurangi ketegangan pasien 6. Mengetahui pengaruh budaya yang mungkin dapat mempengaruhi nyeri 7. Pengalaman nyeri dapat membantu mengetahui adakah kualitas hidup yang terganggu. 8. Memberikan pengetahuan pada

	<p>4. Pasien mengatakan sangat nyeri skala 8</p> <p>5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan sakit 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah, wajah terlihat sedikit kusam dan terdapat lingkaran hitam dibawah mata 4) Pasien tampak sulit focus dan hanya berfokus pada diri sendiri 	<p>10. Perasaan takut mengalami cedera berulang cukup menurun</p>	<p>analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik kompres dingin (es) kepada pasien dengan suhu 18-27°C 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri fraktur suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. 3. fasilitasi istirahat dan tidur 4. pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian analgetik 	<p>pasien untuk mengenali nyerinya.</p> <p>9. Pemberian analgesik dapat membantu mengurangi nyeri pasien.</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pasien dengan suhu 18-27°C. 2. Nyeri akan berkurang di suasana yang tenang. 3. Istirahat dan tidur agar nyeri pasien berkurang 4. Memberikan terapi pada pasien untuk mengurangi nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat mengurangi resiko penyebab terjadinya nyeri 2. Mengajarkan strategi meredakan nyeri pada pasien 3. Agar mengetahui perkembangan, pasien dianjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Agar analgetik dapat berfungsi dengan baik ajarkan pasien menggunakan analgetik dengan tepat 5. Pasien diajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika diperlukan lakukan kolaborasi bersama tenaga kesehatan lainnya untuk pemberian analgetik.
--	--	---	---	--

b) Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
2.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang.</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan 2. Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan 3. Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot tangan kanan 1 2. Rentang gerak menurun 3. Pasien tampak lemah 4. Gerakan pasien tampak terbatas 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:</p> <p>Mobilitas fisik cukup meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Kekuatan otot cukup meningkat 3. Rentang gerak (ROM) cukup meningkat 4. Nyeri cukup meningkat 5. Kecemasan cukup meningkat 6. Kaku sendi cukup meningkat 7. Gerakan tidak terkoordinasi cukup meningkat 8. Gerakan terbatas cukup meningkat 9. Kelemahan fisik cukup meningkat 	<p>SIKI: Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur 2. Fasilitas melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi berpindah duduk di sisi tempat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian nyeri pada bagian lainnya dilakukan agar tidak memperparah nyeri sebelumnya. 2. Mengetahui seberapa besar kemungkinan pasien susah bergerak. 3. Mengetahui frekuensi jantung apakah setelah melakukan mobilisasi 4. Periksa kembali kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien beraktifitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur 2. Lakukan pergerakan jika pasien memungkinkan untuk bergerak 3. Ajak keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat memahami jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Anjurkan pasien melakukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan pasien melakukan mobilisasi santai

e. Implementasi dan evaluasi

Tabel 4.6 Implementasi dan evaluasi keperawatan

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Selasa, 19 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ditandai dengan: Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan akibat setelah operasi terjadi akibat terjatuh dari motor. Pasien mengatakan nyeri berdenyut 	<p>08.20 WIB</p> <p>08.25 WIB</p> <p>08.30 WIB</p> <p>08.45 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Memonitor keberhasilan kompres dingin yang sudah diberikan. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> P: pasca operasi Q: terasa berdenyut R: di daerah fraktur S: 8 T: nyeri yang dirasakan tidak menentu (hilang timbul) Skala nyeri 8 Pasien tidak mau tangannya disentuh karena menyebabkan nyeri semakin sakit Setelah diberikan terapi kompres dingin dapat menurunkan skala nyeri Efek samping yang dirasakan jika 	<p>14.30 WIB</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tangan kanannya masih nyeri. Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut Pasien mengatakan penyebaran nyeri di area patah tulang dan sekitarnya

<p>3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan</p> <p>4. Pasien mengatakan sangat nyeri skala 8</p> <p>5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>Do :</p> <p>1. Pasien tampak meringis menahan sakit</p> <p>2. Pasien tampak gelisah</p> <p>3. Pasien tampak lemah, wajah terlihat sedikit kusam dan terdapat lingkaran hitam di sekitar mata</p> <p>4. Pasien tampak sulit fokus dan hanya berfokus pada diri sendiri</p>	<p>08.50 WIB</p> <p>08.55 WIB</p> <p>09.10 WIB</p> <p>09.20 WIB</p> <p>09.30 WIB</p>	<p>6. Memberikan teknik kompres dingin kepada pasien dengan suhu 18-27°C</p> <p>7. mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan</p> <p>8. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>9. Mempertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>10. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>11. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>12. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>13. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>14. Mengajarkan kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>15. Berkolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>terlalu lama melakukan kompres dapat menyebabkan lembab pada luka</p> <p>6. Pasien diberikan kompres dingin dengan suhu 18-27°C</p> <p>7. Memberikan pencahayaan dan suhu yang nyaman bagi pasien.</p> <p>8. Pasien masih merasakan kurang dalam istirahat tidur karena masih merasa nyeri pada tangannya</p> <p>9. Jenis nyeri pasien adalah nyeri akut, sumber nyeri yang dirasakan pasien yaitu nyeri akibat fraktur.</p> <p>10. Pasien mengetahui penyebab, berapa lama nyeri muncul, dan pemicu munculnya nyeri</p> <p>11. Pasien mengetahui cara meredakan nyeri dengan menggunakan kompres dingin</p> <p>12. Pasien dapat mengontrol nyeri secara mandiri</p> <p>13. Pasien mendapatkan terapi obat antrain yang dianjurkan oleh dokter</p> <p>14. Pasien dapat melakukan kompres dingin.</p> <p>15. Pemberian obat antrain untuk meredakan nyeri pasien</p>	<p>4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak gelisah 3. Tampak lingkaran hitam disekitar mata pasien <p>Analisa</p> <p>Tingkat Nyeri cukup menurun</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi SIKI dilanjutkan (no 2,4,5,6,7,8,10,12,13,14,15)</p>
---	--	--	--	---

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 Tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Rabu, 20 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ditandai dengan: Ds : 1. Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan akibat setelah operasi terjadi akibat terjatuh dari motor. 2. Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan 4. Pasien mengatakan sangat nyeri skala 7	08.30 WIB	1. Mengidentifikasi skala nyeri	1. Skala nyeri 7	14. 15 WIB Subjektif 1. Pasien mengatakan tangan kanannya masih nyeri. 2. Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di area patah tulang dan sekitarnya 4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. Tampak sedikit
	08.40 WIB	2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	2. Pasien tidak mau tangannya disentuh karena menyebabkan nyeri semakin sakit	
	08.45 WIB	3. Memonitor keberhasilan kompres dingin yang sudah diberikan	3. Setelah diberikan terapi kompres dingin dapat menurunkan skala nyeri	
	08.55 WIB	4. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	4. Efek samping yang dirasakan jika terlalu lama melakukan kompres dapat menyebabkan lembab pada luka	
	09.10 WIB	5. Memberikan teknik kompres dingin kepada pasien dengan suhu 18-27°C	5. Pasien diberikan kompres dingin dengan suhu 18-27°C	
		6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.	6. Memberikan pencahayaan dan suhu yang nyaman bagi pasien.	
		7. Memfasilitasi istirahat dan tidur	7. Pasien masih merasakan kurang dalam istirahat tidur karena masih merasa nyeri pada tangannya	
			8. Pasien mengetahui penyebab, berapa lama nyeri muncul, dan pemicu	

<p>5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis menahan sakit 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak lemah, wajah terlihat sedikit kusam dan terdapat lingkaran hitam disekitar mata 4. Pasien tampak sulit fokus dan hanya berfokus pada diri sendiri 	<p>09.15 WIB</p> <p>09.20 WIB</p> <p>09.25 WIB</p> <p>09.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 10. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat 11. Mengajarkan kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri 12. Berkolaborasi pemberian analgetik. 	<p>munculnya nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pasien dapat mengontrol nyeri secara mandiri 10. Pasien mendapatkan terapi obat antrain yang dianjurkan oleh dokter 11. Pasien dapat melakukan kompres dingin. 12. Pemberian obat antrain untuk meredakan nyeri pasien 	<p>lingkaran hitam di sekitar mata pasien</p> <p>Analisa</p> <p>Tingkat nyeri sedang</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi SIKI dilanjutkan (no 1,3,5,6,7,9,10,11,12)</p>
---	---	---	---	---

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 Tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Kamis, 21 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ditandai dengan: Ds : 1. Pasien mengatakan nyeri pada tangan kanan akibat setelah operasi terjadi akibat terjatuh dari motor. 2. Pasien mengatakan nyeri berdenyut 3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di tangan kanan 4. Pasien mengatakan nyeri sedang skala 6	08.20 WIB 08.25 WIB 08.30 WIB 08.45 WIB 08.50 WIB 08.55 WIB	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Memonitor keberhasilan kompres dingin yang sudah diberikan 3. Memberikan teknik kompres dingin kepada pasien dengan suhu 18-27°C 4. mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur 6. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Menganjurkan menggunakan analgetik	1. Skala nyeri 6 2. Setelah diberikan terapi kompres dingin dapat menurunkan skala nyeri 3. Pasien diberikan kompres dingin dengan suhu 18-27°C 4. Memberikan pencahayaan dan suhu yang nyaman bagi pasien. 5. Pasien masih merasakan kurang dalam istirahat tidur karena masih merasa nyeri pada tangannya 6. Pasien dapat mengontrol nyeri secara mandiri 7. Pasien mendapatkan terapi obat antrain yang dianjurkan oleh dokter 8. Pasien dapat melakukan kompres dingin. 9. Pemberian obat antrain untuk meredakan nyeri pasien	14.25 WIB Subjektif 1. Pasien mengatakan tangan kanannya masih nyeri. 2. Pasien mengatakan nyeri berdenyut. 3. Pasien mengatakan penyebaran nyeri di area patah tulang dan sekitarnya 4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul Objektif 1. Pasien tampak membaik 2. Lingkaran hitam di

<p>5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis menahan sakit 2. Pasien tampak gelisah 3. Lingkaran hitam cukup berkurang 	<p>09.00 WIB</p> <p>09.05 WIB</p> <p>09.10 WIB</p>	<p>secara tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Mengajarkan kompres dingin untuk mengurangi rasa nyeri 9. Berkolaborasi pemberian analgetik 		<p>sekitar mata pasien cukup berkurang</p> <p>Analisa</p> <p>Tingkat nyeri cukup menurun</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi SIKI dihentikan pasien pulang</p>
--	--	---	--	--

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 Tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Selasa, 19 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang.</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan otot tangan kanan 1 Rentang gerak 	<p>08.20 WIB</p> <p>08.25 WIB</p> <p>08.30 WIB</p> <p>08.45 WIB</p> <p>08.50 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu menggunakan pagar tempat tidur Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<ol style="list-style-type: none"> Tidak ada keluhan nyeri pada bagian lainnya. Pasien merasa nyeri saat menggerakkan badannya dan semakin terasa saat tersentuh pada benda benda. TD: 110/80 N:89 Kondisi umum pasien lemah Pasien beraktifitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur Mengajak keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Pasien ingin berpindah tempat duduk Pasien berpindah tempat duduk ke sisi tempat tidur dengan bantuan keluarga 	<p>14.30 WIB</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tangan kanannya nyeri. Pasien mengatakan tidak mau bergerak karena akan terasa nyeri <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Pasien tampak tidak mampu menggerakkan badan <p>Analisa</p>

<p>menurun</p> <p>3. Pasien tampak lemah</p> <p>4. Gerakan pasien tampak terbatas</p>	<p>08.55 WIB</p> <p>09.10 WIB</p> <p>09.20 WIB</p> <p>09.30 WIB</p>	<p>7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>9. Mengajarkan mobilisasi berpindah duduk di sisi tempat tidur.</p>		<p>Mobilitas fisik cukup menurun</p> <p>Planning</p> <p>Dukungan mobilisasi dilanjutkan</p> <p>(no 1,3,4,5,6,8,9)</p>
---	---	--	--	--

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 Tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Rabu, 20 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang. Ds: 1. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan 2. Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan 3. Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan Do: 1. Kekuatan otot tangan kanan 1	08.30 WIB 08.40 WIB 08.45 WIB 08.55 WIB 09.10 WIB 09,15 WIB 09.20 WIB 09.25 WIB	1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4. Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan pagar tempat tidur 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 6. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	1. Pasien merasa nyeri saat menggerakkan badannya dan semakin terasa saat tersentuh pada benda benda. 2. TD: 113/85 N:86 3. Kondisi umum pasien sedikit lemah 4. Pasien beraktifitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur 5. Mengajak keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan 6. Pasien ingin berpindah tempat duduk 7. Pasien berpindah tempat duduk ke sisi tempat tidur dengan bantuan keluarga	14.15 WIB Subjektif 1. Pasien mengatakan tangan kanannya masih nyeri. 2. Sudah mau melakukan pergerakan Objektif 1. Pasien tampak sedikit lemah 2. Pasien tampak tidak mampu menggerakkan badan Analisa

<p>2. Rentang gerak menurun</p> <p>3. Pasien tampak lemah</p> <p>4. Gerakan pasien tampak terbatas</p>	<p>09.30 WIB</p>	<p>7. Mengajarkan mobilisasi yang harus dilakukan berpindah duduk di sisi tempat tidur.</p>		<p>Mobilitas fisik sedang</p> <p>Planning</p> <p>Dukungan mobilisasi dilanjutkan</p> <p>(no 2,3,4,6)</p>
--	------------------	---	--	---

Nama Pasien	Ny. R	Ruangan	Tribrata Bedah
Umur	36 Tahun	No. RM	10.79.66
Hari/tanggal	Rabu, 20 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
<p>Gangguan Mobilitas Fisik B.D Kerusakan Integritas Struktur Tulang.</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan Pasien mengatakan nyeri saat digerakkan Pasien mengatakan tidak berani melakukan pergerakan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan otot tangan kanan 1 Rentang gerak 	<p>08.20 WIB</p> <p>08.25 WIB</p> <p>08.45 WIB</p> <p>09.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 	<ol style="list-style-type: none"> TD: 110/90 N:88 Kondisi umum pasien sedikit lemah Pasien beraktifitas mobilisasi menggunakan pagar tempat tidur Pasien berpindah tempat duduk ke sisi tempat tidur dengan bantuan keluarga 	<p>14.25 WIB</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tangan kanannya masih nyeri. Pasien mengatakan mau melakukan pergerakan <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien sudah tampak tidak lemah Pasien tampak mampu menggerakkan badan <p>Analisa Mobilitas fisik cukup meningkat</p>

menurun				
3. Pasien tampak lemah				Planning Dukungan mobilisasi dihentikan pasien pulang
4. Gerakan pasien tampak terbatas				

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pada kasus Ny.R dengan diagnosa fraktur didapatkan data pasien mengeluh nyeri post op di tangan sebelah kanan dikarenakan pasien mengalami fraktur pada humerus dan radius akibat kecelakaan bermotor pada tanggal 18 Juni 2022. Pasien mengeluh nyeri akibat operasi, nyeri yang dirasakan sangat nyeri, skala nyeri 8 nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit tidak mau bergerak karena akan menambah rasa nyeri yang dirasakan dan mengatakan nyeri semakin bertambah saat di sentuh. pasien mengatn belum pernah mengalami fraktur sebelumnya, tidak mempunyai riwayat diabetes, tidak memiliki riwayat penggunaan narkoba dan konsumsi alkohol maupun alergi obat dan makanan. Tidak ada gangguan dalam bernafas, tidak ada perubahan pola makan, pasien menggunakan kateter, dan selama di rumah sakit pasien belum BAB, pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri, selama dirumah sakit pasien tidak mandi dan hanya di lap pakai kain basah, selama di RS aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

Pemeriksaan fisik mencapai kesadaran penuh, Ny.R mengatakan nyeri pada luka jahitan dan daerah fraktur, pasien juga tampak meringis menahan sakit, tampak gelisah, kesulitan tidur, tampak lemah, berfokus pada diri sendiri, terdapat lingkaran hitam di sekitar mata, tidak mengeluhkan adanya gangguan pencernaan, hanya saja Ny.R belum BAB saat masuk rumah sakit, untuk BAK pasien menggunakan kateter, sistem integumen pada Ny.R tidak ada kelainan pada kondisi kulit akan tetapi tampak adanya luka operasi di tangan kanan bekas sayatan operasi disertai kemerahan.

Beberapa perbedaan yang terdapat antara teori dan kasus pada Ny.R, dalam teori etiologi ada 3 macam penyebab fraktur yaitu cedera traumatik, fraktur patologik, dan secara spontan. Pada kasus pasien mengalami cedera traumatik fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak dari otot yang kuat. Manifestasi klinis fraktur adalah nyeri,

hilangnya fungsi, deformitas, pemendekan ekstremitas, krepitus, edema lokal, serta perubahan warna yang terjadi pada Ny.R terasa nyeri, sulit menggerakkan tangannya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan tanda dan gejala yang dirasakan oleh Ny.R diagnosa keperawatan pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan pasca operasi. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan data objektif pasien tampak lemah dan meringis, pasien tampak gelisah, sulit tidur dan pengkajian PQRST pada P : luka insisi pembedahan, Q : terasa berdenyut, R : di area luka operasi dan sekitarnya, S : 8 , T : hilang timbul.

Diagnosa keperawatan kedua yang muncul pada masalah Ny.R yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dengan data subjektif pasien mengatakan tidak berani bergerak karena tangan terasa sangat nyeri dan takut akan tersengol benda, pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan kanannya dan data objektifnya pasien tampak lemah dan gelisah. Penulis lebih memprioritaskan nyeri akut karena banyak data yang sesuai dengan diagnosa nyeri akut. Semua data pengkajian sudah sesuai dengan format pengkajian KMB.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah mendapatkan diagnosa keperawatan selanjutnya menyusun rencana keperawatan. Rencana keperawatan dengan diagnosa nyeri akut yang dirumuskan peneliti mengacu pada pedoman SLKI, seperti identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup,

monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik kompres dingin kepada pasien dengan suhu 18-27°C, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri fraktur suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik yang mengacu pada pedoman SLKI yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik, fasilitas aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi berpindah duduk di sisi tempat tidur

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan setelah menyusun rencana keperawatan. Pada kasus Ny.R semua tindakan dilakukan sesuai rencana yang disusun tidak terdapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. Penulis melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari dimulai pada tanggal 19-21 juni 2022. Implementasi yang dilakukan adalah membantu pasien mobilisasi dini dan kompres dingin. Kompres dingin diberikan selama 10-20 menit per hari dengan tujuan dapat meredakan nyeri dikarenakan kompres dingin dapat mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan edema yang diperkirakan menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang

mencapai otak lebih sedikit . Pemberian kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblokir transmisi stimulus nyeri dan juga menstimulasi serabut saraf yang memiliki diameter besar α -Beta sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut kecil α -Delta dan serabut saraf C (amanda et al., 2017). Penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian tentang pemberian kompres dingin pada nyeri akut, penelitian yang dilakukan oleh Made Suryani, Edy Soesanto (2020) Pemberian terapi kompres dingin yang dilakukan selama 3 hari berhasil menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur tertutup. Hasil ini ditunjukkan adanya penurunan tingkat nyeri pada kedua subjek studi kasus.

Kompres dingin dilakukan selama 10-20 menit tindakan ini dilakukan oleh penulis, serta diajarkan juga kepada pasien dan keluarga pasien bertujuan untuk mengurangi skala nyeri pada pasien. Intervensi yang akan dikembangkan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang adalah dengan mengajarkan pasien mobilisasi dini seperti berpindah tempat duduk dari sisi satu ke sisi yang lain, bisa dilakukan bersama keluarga ataupun berpegangan dengan pagar tempat tidur pasien.

Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada pasien yaitu pasien dan keluarga kooperatif selama tindakan dan aktif selama kegiatan pendidikan kesehatan, kerjasama terjalin baik dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar. Selain itu, diharapkan pasien fraktur diletakkan di tempat yang dekat dengan WC, agar dapat dengan mudah pergi ke kamar mandi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan keperawatan yang mengukur sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan respon yang ditunjukkan oleh pasien. Pada kasus ini, penulis menggunakan dua jenis evaluasi yaitu

evaluasi formatif atau respon hasil yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan dan evaluasi sumatif atau perkembangan yang dilakukan dalam 5-7 jam setelah tindakan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan menggunakan metode SOAP, yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (*Planning*).

Pada pasien Ny.R setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik antara lain keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, sikap protektif cukup menurun, gelisah cukup menurun, kesulitan tidur cukup menurun, menarik diri cukup menurun, berfokus pada diri sendiri cukup menurun, diaphoresis cukup menurun, perasaan depresi (tertekan) cukup menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang cukup menurun. Hal ini ditandai dengan nilai skala nyeri yang sudah mencapai angka 6. Sama halnya dengan diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang tercapai pergerakan ekstremitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak rom cukup meningkat. Indikator keberhasilan ini tidak dapat dicapai hanya dengan melakukan tindakan mandiri keperawatan, melainkan juga karena dilaksanakannya terapi medis dokter dan kolaborasi ahli gizi.

Pada evaluasi perkembangan atau sumatif hari ketiga perawatan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di dapatkan hasil (S) Subjektif: pasien mengatakan nyeri di tangannya sedikit berkurang, pasien mengatakan nyeri berdenyut. (O): Objektif: pasien tampak membaik, lingkaran hitam disekitar mata berkurang. (A) analisa: nyeri akut cukup menurun. (P) Planning: intervensi dihentikan pasien pulang. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik didapatkan hasil (S) Subjektif: pasien mengatakan sudah mampu berpindah duduk sendiri. (O) Objektif: pasien tidak tampak lemah. (A) Analisa: Mobilitas fisik cukup meningkat. (P) Planning: Intervensi dihentikan, pasien pulang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien fraktur yang telah penulis lakukan pada Ny.R maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Data fokus yang didapatkan dari hasil pemeriksaan pasien Ny.R adalah pasien mengeluh nyeri pada tangan kanan akibat operasi, skala nyeri 8, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, tampak lemas, gelisah, terdapat lingkaran hitam disekir mata, pasien tidak berani melakukan aktivitas, tidak mampu menggerakkan tangan kanan.

2. Diagnosa Keperawatan

Ada 2 diagnosa keperawatan utama yang ditemukan pada Ny.R yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang.

3. Perencanaan Keperawatan

Semua perencanaan yang dilakukan Ny.R telah dilakukan dan di prioritaskan berdasarkan diagnosa kasus yang dialami oleh Ny.R. Kemudian setiap perencanaan yang ada di teori dan kasus yang dialami oleh pasien disesuaikan dengan kondisi pasien saat ini sehingga perencanaan perawatan pada Ny.R diberikan dan diprioritaskan berdasarkan kebutuhan klien. Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (trauma) dengan tujuan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan

pemberian diagnose kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan

integritas struktur tulang tujuan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu terjadi penurunan rentang gerak cukup menurun.

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan semua intervensi yang disusun telah dilakukan semua selama 3 hari dari tanggal 19-21 Juni 2022, implementasi sudah dilakukan sesuai dengan dengan rencana keperawatan yang sudah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah 3x implementasi didapatkan keperawatan untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik penurunan nyeri pada Ny.R hari pertama yaitu berada pada level 4 (cukup meningkat), pada hari kedua nyeri akut berada pada level 3 (sedang) dan pada hari ketiga nyeri akut berada pada level 2 (cukup menurun). Dapat disimpulkan terjadi penurunan nyeri pada Ny.R setelah dilakukan terapi farmakologi (antrain) dan terapi non farmakologi (pemberian kompres dingin). Untuk masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang pada hari pertama berada pada level 2 (cukup menurun), hari kedua berada pada level 3 (sedang) dan pada hari ketiga berada pada level 4 (cukup meningkat). Hal ini dapat disimpulkan bahwa gangguan mobilitas fisik pada Ny.R setelah dilakukan intervensi rentang gerak (ROM) dalam pasien mengalami peningkatan.

B. SARAN

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat mendokumentasi siki untuk nyeri pada pasien fraktur sehingga menjadi referensi mata kuliah, khususnya KMB.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan siki

yang sudah peneliti terapkan. Diharapkan perawat dapat menambah tindakan kompres dingin untuk mengurangi nyeri, disamping melakukan siki yang sudah berlaku

3. Bagi klien

Diharapkan klien dapat menerapkan intervensi yang telah dilakukan, dan dapat memberikan kompres dingin kepada anggota lain yang mengalami nyeri fraktur pasca operasi orif.

4. Bagi penulis

Diharapkan penulis akan melakukan penelitian lanjutan untuk metode ini sehingga mendapatkan hasil yang lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Anugerah, A. P., Purwandari, R., & Hakam, M. (2017). Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (Open Reduction Internal Fixation) pada Pasien Fraktur di RSD Dr . H . Koesnadi Bondowoso Pain in Patients ORIF Fracture in RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 5(2), 247–252. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/5771/4283>
- Astanti, feni yuni. (2017). Pengaruh Rom Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstermitas Atas. *Skripsi Pengaruh Rom Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstermitas Atas*.
- Handiyani, H. (2014). Asuhan Keperawatan Klien dengan Fraktur. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 1(4), 137. <https://doi.org/10.7454/jki.v1i4.87>
- Kemendes RI. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018. In *Balitbangkes* (Vol. 10).
- Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, Joseph D. Zuckerman. 2015. *Handbook of Fractures 5th Edition*. New York. Wolters Kluwer
- Mediarti, Devi, Rosnani Rosnani. And Sosya Mona Seprianti. 2015. “*Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstermitas Tertutup di IGD RSMH*.”
- Muttaqin.A. 2015.Asuhan Keperawatan Gangguan Integumen.Jakarta:Selemba Medika Palembang Tahun 2012.” *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* 2.3 : 253-260.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2016. Asuhan Keperawatan Purwanto, H. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.watan Praktis*. Yogyakarta: Mediacion Jogja.
- Purnomo, D., . K., & Asyita, R. M. (2017). Pengaruh Terapi Latihan Pada Post Orif Dengan Plate and Screw Neglected Close Fracture Femur. *Jurnal Fisioterapi Dan Rehabilitasi*, 1(2), 50–59. <https://doi.org/10.33660/jfrwhs.v1i2.60>
- Ridwan, U., Pattiha, A., & Selomo, P. (2018). Karakteristik Kasus Fraktur Ekstremitas Bawah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr H Chasan Boesoerie Ternate Tahun 2018. *Kieraha Medical Jurnal*, 1(1).

- Ririn, P., & Purwaningsih, W. (2013). Pengaruh latihan range of motion (ROM) aktif terhadap kekuatan otot pada pasien post operasi fraktur humerus di rsud Dr. moewardi. *Gaster*, 10(2), 42–52.
- Ropyanto, C. B. (2013). *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Fungsional Paska Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Fraktur Ekstremitas*.
- Sudrajat, A., Wartonah, W., Riyanti, E., & Suzana, S. (2019). Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi ORIF Pada Ekstremitas Bawah. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(2), 175–183. <https://doi.org/10.32668/jitek.v6i2.187>
- 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
- Tamsuri. 2012. Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik*.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan*.
- Tim pokja SLKI PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil*.

L

A

M

P

I

R

A

N

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Fien Dimiyanti

TTL : Durian Demang, 29 Desember 2001

Alamat : Durian Demang, kec. Karang Tinggi, Kab. Bengkulu Tengah

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Nama Orang Tua

Ayah : Sumitro

Ibu : Evi Suryanti

No. Tlp : 082287748731

Email : fiendimiyanti@gmail.com

Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Fraktur di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 09 Durian Demang
2. SMP Negeri 01 Karang Tinggi
3. SMA Negeri 05 Bengkulu Tengah

Motto : “Tak ada orang yang benar-benar memahami dirimu bahkan keluargamu sendiri. Jangan pernah menaruh harapan yang tinggi pada manusia percayalah pada diri sendiri pasti mampu melalui rintangannya, namun tak ada salahnya untuk meminta tolong. Jangan terlalu keras pada diri sendiri, sekali-kali berliburlah dirimu butuh istirahat”

DOKUMENTASI

NO	HARI/TANGGAL	DOKUMENTASI	
1	Selasa, 19 Juni 2022		
2	Rabu, 20 Juni 2022		
3	Kamis, 21 Juni 2022		

Tabel Hasil Pemeriksaan Rentang Gerak Sendi

LOKASI GERAKAN SENDI		KETERANGAN
Gerakan bahu		
a)	Fleksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi. Kiri : Pasien dapat mengangkat lengan ke arah depan mengarah ke atas kepala (ROM 180 derajat).
b)	Extensi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat mengembalikan lengan keposisi samping tubuh (180 derajat)
d)	Abduksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat menaikan lengan ke posisi samping di atas kepala (180 derajat)
Gerakan siku		
a)	Fleksi	Kanan : Tidak ada Gerakan Kiri : Pasien dapat menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi dan tangan sejajar bahu (150 derajat)
b)	Extensi	Kanan : Tidak ada gerakan Kiri : Pasien dapat meluruskan kembali tangannya.
Gerakan lengan :		
a)	Supinasi	Kanan : Tidak ada gerakan Kiri : Lengan bawah pasien tidak dapat memutar sehingga telapak tangan menghadap keatas (80 derajat)
b)	Pronasi	Kanan : Tidak ada gerakan Kiri : Lengan bawah pasien tidak dapat memutar sehingga telapak tangan menghadap ke bawah (80 derajat)
Gerakan pergelangan tangan :		
a)	Fleksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pergelangan tangan hingga jari-jari dapat digerakkan mengarah bawah (80 derajat).

b)	Extensi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pergelangan tangan dan jari-jari dapat kembali di posisi lurus.
c)	Hiperextensi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pergelangan tangan dan jari-jari dapat digerakkan mengarah ke atas.
d)	Abduksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien bisa menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari (30 derajat)
e)	Adduksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien bisa menekuk pergelangan tangan miring ke arah jari kelingking (30 derajat)
Gerakan jari tangan :		
a)	Fleksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat mengepal
b)	Extensi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat meluruskan lagi jari-jari tangan
c)	Hiperextensi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat menggerakkan jari-jari tangan kebelakang rentang 45 derajat
d)	Abduksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat merenggangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
e)	Adduksi	Kanan : Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi Kiri : Pasien dapat merapatkan kembali jari-jari tangan
Gerakan lutut :		
a)	Fleksi	Kanan : Pasien dapat menggerakkan tumit ke arah belakang paha (120 derajat) Kiri : Pasien dapat menggerakkan tumit ke arah belakang paha (120

		derajat)
b)	Extensi	Kanan : Pasi�n dapat mengembalikan tungkai ke kasur (130 derajat) Kiri : Pasi�n dapat mengembalikan tungkai ke kasur (130 derajat)
Gerakan pergelangan kaki :		
a)	Dorsifleksi	Kanan : Pasi�n dapat menggerakkan pergelangan kaki hingga jari kaki mengarah ke atas (20 derajat) Kiri : Pasi�n dapat menggerakkan pergelangan kaki hingga jari kaki mengarah ke atas (20 derajat)
b)	Platarfleksi	Kanan : Pasi�n dapat menggerakkan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah ke bawah (20 derajat) Kiri : Pasi�n dapat menggerakkan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah ke bawah (20 derajat)
Gerakan kaki :		
b)	Fleksi	Kanan : Pasi�n dapat menekuk jari-jari kebawah (60 derajat) Kiri : Pasi�n dapat menekuk jari-jari kebawah (60 derajat)
c)	Extensi	Kanan : Pasi�n dapat meluruskan jari-jari kaki Kiri : Pasi�n dapat meluruskan jari-jari kaki
d)	Abduksi	Kanan : Pasi�n dapat merenggangkan jari-jari kaki (15 derajat) Kiri : Pasi�n dapat merenggangkan jari-jari kaki (15 derajat)
e)	Adduksi	Kanan : Pasi�n dapat merapatkan kembali jari-jari kaki secara bersamaan (15 derajat) Kiri : Pasi�n dapat merapatkan kembali jari-jari kaki secara bersamaan (15 derajat)

Tabel Kekuatan Otot

Derajat	Kategori	Nilai
Derajat 5	Kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan	
Derajat 4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan	
Derajat 3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi) tetapi tidak dapat melawan tahanan.	
Derajat 2	Dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan rom secara penuh	
Derajat 1	Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan Gerakan	1
Derajat 0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali	
Total		1



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile: (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



26 Januari 2022

Nomor : : DM. 01.04/...279.../2/2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
di_
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud.

Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Fien Dimiyanti
NIM : P05120219064
No Handphone : 082287748731
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Fraktur Di Rs. Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Lokasi : Rs. Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik


Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005

08 Februari 2022

Nomor : : DM. 01.04/...../2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
di_
Tempat

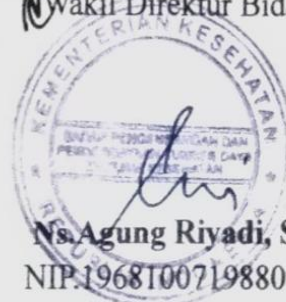
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud.

Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Fien Dimiyanti
NIM : P05120219064
No Handphone : 082287748731
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Fraktur Di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Lokasi : RS Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik



Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005



26 Januari 2022

Nomor : : DM. 01.04/.....²⁰⁰...../2/2022
Tempat : -
Hal : Izin Pra Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur Rs. Bhayangkara Kota Bengkulu

Tempat

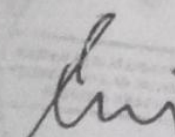
hubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah
(KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes
Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat
memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud.

Mahasiswa tersebut adalah :

nama : Fien Dimiyanti
nim : P05120219064
nohpone : 082287748731
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada
Pasien Fraktur Di Rs. Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat : Rs. Bhayangkara Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik


Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005



PEMERINTAH KOTA BENGKULU

DINAS KESEHATAN

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 143 / D.Kes / 2022

Tentang **IZIN PRA PENELITIAN**

Dasar Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/279/2/2022 Tanggal 26 Januari 2022 Perihal : Permohonan Izin Pengambilan data awal dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) / skripsi atas nama :

Nama : Fien Dimiyanti
N I M/NPM : P05120219064
Program Studi : D III Keperawatan
Judul / Data : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Faktur di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : 1.Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
2.RS. Bhayangkara Kota Bengkulu
Lama Kegiatan : 07 Februari 2022 s/d. 12 Februari 2022

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan pra penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Pra Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Pra Penelitian.
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- Surat Rekomendasi Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI: B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 7 FEBRUARI 2022

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA BENGKULU

Sekretaris

NURHIDAYATI, S.Farm, Apt, M.E
Pembina / Nip. 198002122005022004

Tembusan :

- 1.Dir.RS. Bhayangkara Kota Bengkulu
- 2Yang Bersangkutan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225

Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343

website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



16 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/...⁰⁹³⁸.../2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur RS Bhayangkara Kota Bengkulu
di
Tempat

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Fien Dimiyanti
NIM : P05120219064
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 082287748731
Tempat Penelitian : RS. Bhayangkara
Waktu Penelitian : 3 Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022

Dcmikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.



an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik

Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP:196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:
RS Bhayangkara Kota Bengkulu



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



01 Juli 2022

Nomor : : DM. 01.04/...../2/2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu
di _____
Tempat

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Fien Dimiyanti
NIM : P05120219064
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 082287748731
Tempat Penelitian : RS. Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 3 Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Fraktur di RS. Bhayangkara Kota Bengkulu TAHUN 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.



an: Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Wakil Direktur Bidang Akademik

Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bengkulu



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801

BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 1077 /B.Kesbangpol/2022

Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian

Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/1021/2/2022 tanggal 28 Juni 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : FIEN DIMIYANTI
NIM : P05120219064
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : D3 keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Fraktur di RS. Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : RS Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 05 Juli 2022 s/d 05 Oktober 2022
Penanggung Jawab : Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dengan Ketentuan :

- 1 Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- 2 Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
- 3 Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- 4 Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
- 5 Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 05 Juli 2022

a.n. WALIKOTA BENGKULU
Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Bengkulu

Dra. Hj. FENNY FAHRIANNY

Pembina

NIP. 19670904 198611 2 001



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH BENGKULU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 8 Februari 2022

Nomor : B/ *04* /III/KES.22/2022/RUMKIT
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian izin pra penelitian

Kepada,

Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/200/2/2022 tanggal 26 Januari 2022 tentang izin pra penelitian;
2. Sehubungan dengan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa diberikan izin pra penelitian kepada:
 - a. Nama : Fien Dimiyanti
 - b. NPM : P05120219064
 - c. Judul Penelitian: Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Fraktur di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022
3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
KASUBBAG PEMBINAAN DAN FUNGSI

RENI YUNITA, SKM
PENATA NIP.198101312003122006



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH BENGKULU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 11 Juli 2022

Nomor : B/ 86 /VII/KES.22/2022/DIKLIT
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian izin penelitian

Kepada,
Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan:
 - a. Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/0938/2/2022 tanggal 16 Juni 2022 tentang Izin penelitian;
 - b. Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor: 070/1077/B.Kesbangpoi/2022 tanggal 5 Juli 2022 tentang Rekomendasi penelitian.
2. Sehubungan dengan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa diberikan izin penelitian kepada:
 - a. Nama : Fien Dimiyanti
 - b. NPM : P05120219064
 - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
KAUR DIKLIT

Ns. YOGA ARIANI MEILINA, S.Kep
PENATA NIP.197905142005012007

SOP PEMBERIAN TERAPI KOMPRES DINGIN

Pengertian	Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan Menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan dingin pada Bagian tubuh yang memerlukan
Tujuan	Pemberian kompres dingin bertujuan untuk meningkatkan vasokonstriksi, mengurangi edema, mengurangi nyeri, Mengurangi atau menghentikan
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek catatan medis pasien 2. Persiapan alat yaitu Pengalas (underpad atau perlak), cold pack yang sudah dibekukan di freezer, handuk kecil, kasa gulung atau plester untuk merekatkan cold pack.
Prosedur	<p>PRA INTERAKSI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan Alat 2. Perawat mencuci tangan. <p>INTERAKSI</p> <p>ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam 2. Memperkenalkan diri dengan pasien dan keluarga 3. Menanyakan nama dan tanggal lahir pasien 4. Menjelaskan maksud dan tujuan 5. Menjelaskan prosedur tindakan 6. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 7. Mendekatkan alat 8. Mencuci tangan <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Menjaga privasi pasien 10. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman di tempat tidur 11. Memasang pengalas (underpad atau perlak) 12. Memberikan kompres dingin dengan cold pack yang diletakkan didekat lokasi nyeri atau disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri. 13. kompres dingin diberikan kurang lebih 15-30 menit saat nyeri atau tergantung pada tingkat nyeri dan bengkak yang dirasakan. 14. Pertahankan cold pack dengan menggunakan kasa gulung atau difiksasi dengan plaster sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien. 15. Mengobservasi kondisi dan hemodinamik pasien selama diberikan terapi kompres dingin. <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Mengevaluasi perasaan pasien 17. Memberikan motivasi pada pasien 18. Mengucapkan salam 19. Mencuci tangan <p>POST INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan 21. Membereskan alat-alat 22. Mencuci tangan

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH





Nama Pembimbing : Ns. Husni, S.Kep.,M.Pd

Nama Mahasiswa : Fien Dimiyanti

Nim : P0 5120219064

Judul : Asuhan keperawatan dengan masalah kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien fraktur di rumah sakit Bhayangkara Kota Bengkulu tahun 2022.

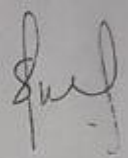


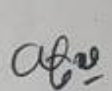
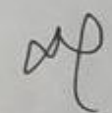

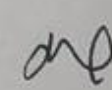
No	Tanggal	Topik	Saran	Paraf
1	27 Januari 2022	Konsul judul	Acc judul	Glr.
2	14 Februari 2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Paragraf perbaris 6-8. - Tambahkan masalah, akibat, komplikasi, penanganan,, dan perawat di rumah sakit. - Tamabahkan kondisi rumh sakit. - Tambahkan konsep nyaman nyeri. - Tambahkan konsep teknik non farmakologis. 	Glr.
3	21 Februari 2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi sub judul pada latar belakang. - Menambahkan kriteria inklusi dn eksklusi pada bab III 	Glr.
4	24 Februari 2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Posisi judul berbentuk piramid 	Glr.

			<ul style="list-style-type: none"> - Pengaturan space daftar isi - Perbaikan di bagian bab I dan bab II - Tambahkan 2 jurnal kompres dingin. - Buat tabel diagnosa keperawatan. - Pengaturan space daftar pustaka. 	
8	2 Maret 2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III	Acc Proposal Penelitian	
9	27 Juni 2022	Konsul BAB IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki tulisan - Tambahkan PQRST pada riwayat Kesehatan sekarang - Tambahkan dosis pada penatalaksanaan 	
10	1 juli 2022	Konsul BAB IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti warna pada genogram - Menambahkan nomor pada planning evaluasi - Memperbaiki kalimat pada pembahasan - Mencocokkan halaman di daftar isi 	
11	7 juli 2022	Konsul BAB IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kata di kesimpulan - Perbaiki kata di saran 	

12	15 Juli 2022	Konsul BAB IV dan V	ACC KTI BAB I-V	Gl-
----	--------------	------------------------	-----------------	-----

**LEMBAR OPPONENT UJIAN HASIL KTI
MAHASISWA Tk. III PRODI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA**

Nama Mahasiswa : Fien Dimiyanti
NIM : P05120219064

No	Tanggal	Mahasiswa Yang Ujian	Judul Proposal	Ketua Penguji	Paraf Ketua Penguji
1.	4 Juli 2022 (audience)	Fenysha Utomi	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi pada pasien Tuberkulosis paru di RS. Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022	Ns. Septiganti, S.Kep. M.Pd.	
2.	8 Juli 2022 (audience)	Anisa Rahmarganti	Asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan rasa aman pada pasien stroke imobilisasi di rumah sakit Dr. M. Yunus Kota Bengkulu Tahun 2022	Dr. Nur Elly, S.Kep. M.Kep	
3.	8 Juli 2022 (Audience)	Atrig Pachilah	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan Rasa Aman pada lansia dengan katrol di panti sosial Lreana wardha kota Bengkulu Tahun 2022	Ns. Hermansyah, S.Kep., M.Kep	
4.	11 Juli 2022 (Audience)	Detia Vanoza	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan Nutrisi pada pasien dengan gastritis di rumah sakit Harapan dan Doa kota Bengkulu tahun 2022	Harawati, S.Kp., M.Kep	
5.	3 Agustus 2022 (Opponent)	Mederline	Asuhan keperawatan pemenuhan rasa aman dan nyaman pada pasien Chronic kidney disease (CKD) Di RSUD kota Bengkulu tahun 2022	Ns. Mardiana, S.Kep, M.Kep	
6.	4 Agustus 2022 (Opponent)	Fica Febrilia	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada anak dengan bronkopneumonia di RSUD Harapan dan Doa kota Bengkulu tahun 2022	Ns. Agung Riyadi, S.Kep. M. kes	
7	5 Agustus 2022 (audience)	Dede Saputri	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada luka episiotomi di RS. Bhayangkara kota Bengkulu tahun 2022	Ns. Mardiana, S.Kep. MM	

Catatan :

1. Setiap mahasiswa menjadi opponent minimal 2x dan audiensi minimal 5x
2. Setiap mahasiswa harus mendapat tanda tangan ketua penguji asli bukan foto copy.
3. Setelah lengkap, lembar opponent dikumpulkan ke bagian akademik Prodi sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir KTI (fotocopy 1 rangkap untuk arsip pribadi).