

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN
KOMPRES DINGIN DENGAN *COLD PACK* DALAM MANAJEMEN
NYERI PADA PASIEN GANGGUAN MUSKULOSKELETAL
(FRAKTUR FEMUR) YANG MENGALAMI
NYERI AKUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN
KOMPRES DINGIN DENGAN *COLD PACK* DALAM MANAJEMEN
NYERI PADA PASIEN GANGGUAN MUSKULOSKELETAL
(FRAKTUR FEMUR) YANG MENGALAMI
NYERI AKUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)

Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN KOMPRES DINGIN
DENGAN *COLD PACK* DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN
GANGGUAN MUSKULOSKELETAL (FRAKTUR FEMUR) YANG
MENGALAMI NYERI AKUT

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

FILADELFIA GRACE MAMBELA, S.Kep

NIM: P1706017

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 26 Desember 2018

PENGUJI I

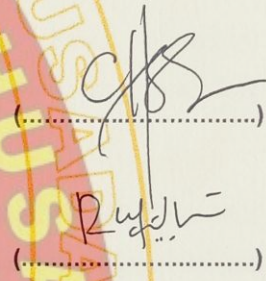
Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.83.11.023

PENGUJI II

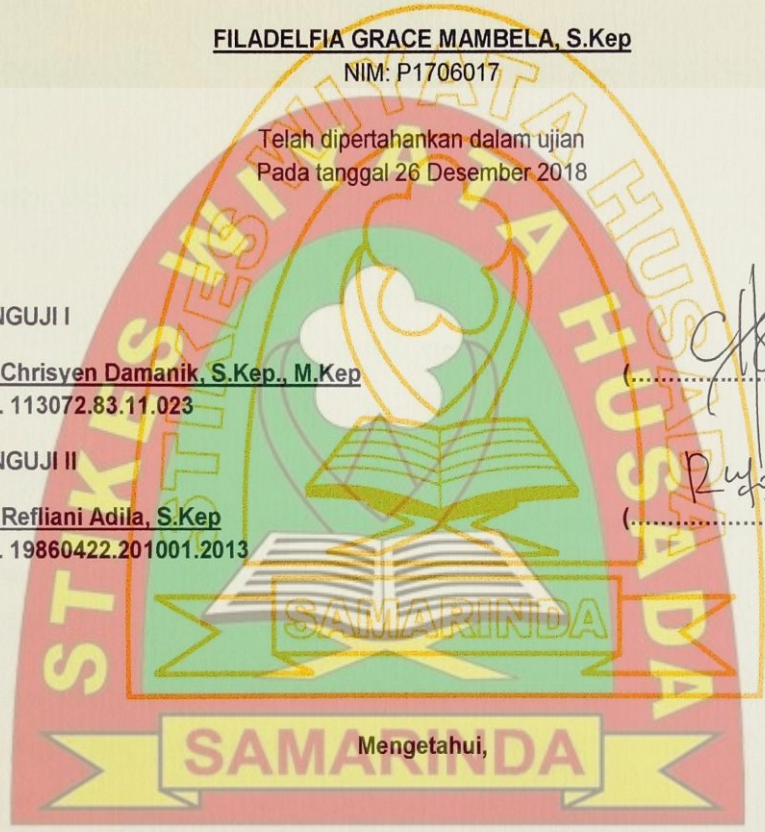
Ns. Refliani Adila, S.Kep

NIP. 19860422.201001.2013



(.....)

(.....)



Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

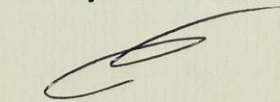


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Filadelfia Grace Mambela

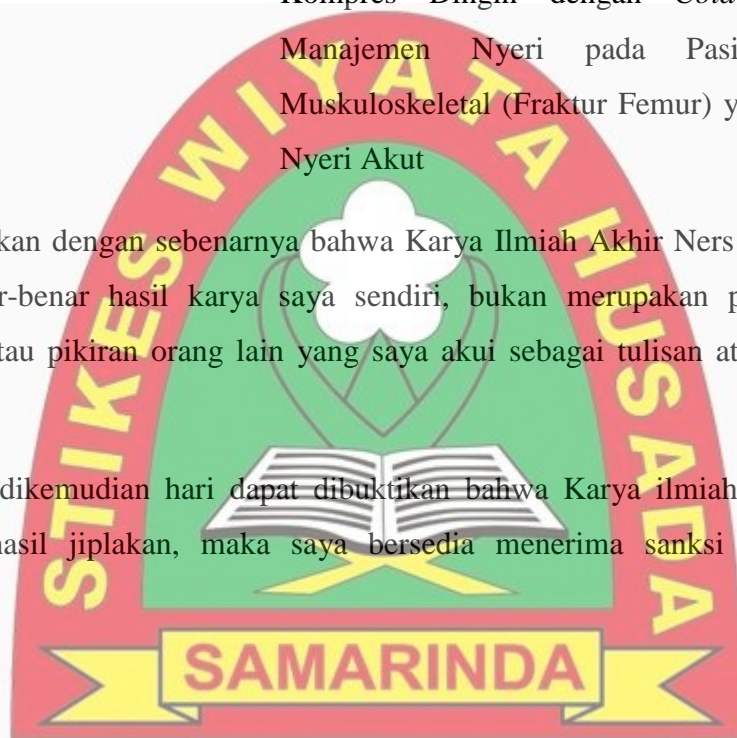
NIM : P1706017

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin dengan *Cold Pack* dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Gangguan Muskuloskeletal (Fraktur Femur) yang Mengalami Nyeri Akut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya ilmiah Akhr Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Samarinda, 12 Desember 2018

Yang membuat pernyataan,

Filadelfia Grace Mambela

NIM. P1706017

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Dengan judul karya ilmiah “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin dengan *Cold Pack* dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Gangguan Muskuloskeletal (Fraktur Femur) yang Mengalami Nyeri Akut”. Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Edy Mulyono, Ns., S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Rusdi, Ns., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Bapak Chrisyen Damanik, Ns., S.Kep., M.kep., selaku Dosen dan Pembimbing 1 STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta semua ilmu yang telah diberikan sebagai dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ibu Refliani Aldila, Ns., S.Kep., Selaku pembimbing 2 dan pembimbing klinik. Terima kasih atas pembelajaran dan bimbingan serta ilmu yang telah diberikan selama berpraktek di IGD.
6. Terima kasih kepada Ayah dan Ibunda yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
7. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan sepejuangan Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.
8. Terima kasih kepada teman-teman sepejuangan Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Karya ilmiah Akhir Ners ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah saya perbuat.

Semoga Tuhan YME senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugrahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, 12 Desember 2018

Penulis



Abstrak

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN KOMPRES DINGIN DENGAN *COLD PACK* DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN GANGGUAN MUSKULOSKELETAL (FRAKTUR FEMUR) YANG MENGALAMI NYERI AKUT

Filadelfia Grace Mambela¹, Chrisylen Damanik², Refliani Aldila³

Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri tersebut adalah keadaan subjektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Salah satu manajemen non farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pada pasien fraktur adalah dengan kompres dingin menggunakan *cold pack*. Kompres dingin dengan *cold pack* dapat meredakan nyeri dikarenakan *cold pack* 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. Hasil dari penerapan intervensi ini menunjukkan adanya perubahan signifikan dengan selisih skor antara sebelum dan sesudah intervensi sebesar 2 poin. Hal ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri setelah diberikan intervensi kompres dingin dengan *coldpack*. Intervensi ini merupakan usaha dari tindakan keperawatan yang sangat membantu dalam mengurangi skala nyeri akut pada asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Fraktur, Nyeri Akut, Kompres Dingin.

Abstract

THE NURSING CLINICAL PRACTICE ANALYSIS OF USING COLD COMPRESS WITH COLD PACK IN PATIENTS' PAIN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL CONDITIONS (FEMUR FRACTURE) UNDERGOING ACUTE PAIN

Filadelfia Grace Mambela¹, Chrisylen Damanik², Refliani Aldila³

Fractures are potential and actual threats to one's integrity, so that they will experience physiological and psychological disorders that can cause a response in the form of pain. Pain is a subjective state where a person shows verbal and non-verbal discomfort. One non-pharmacological management to reduce pain suffered in patients with fractures is with cold compresses using cold packs. Cold compresses with cold pack can relieve pain because cold pack can reduce blood flow in particular part and reduce edema bleeding which is thought to cause analgesic effects by slowing the speed of nerve impingement so that less pain impulses reach the brain. The results of applying this intervention indicate a significant change with the difference in scores between before and after the intervention that stand at 2 points. This intervention shows a decrease effect in the scale of pain after ones being given a cold compress intervention with a cold pack. This intervention is an effort of nursing actions which is very helpful in reducing the scale of acute pain in nursing care

Key Words: Fractures , Acute Pain, Cold Compress.

¹ Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

² Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

³ Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Pengesahan	iii
Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	ix
Daftar Grafik	x
Daftar Lampiran	xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Rangka.....	5
B. Konsep Fraktur	12
C. Konsep Fraktur Femur.....	20
D. Manajemen Asuhan Keperawatan.....	26
E. Konsep Kompres Dingin dengan <i>cold pack</i>	31

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Keperawatan	36
B. Analisa Data	39
C. Diagnosa Keperawatan.....	40
D. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	41
E. Asuhan keperawatan pasien Resume I	45
F. Asuhan keperawatan pasien Resume II	46
G. Perbandingan Hasil Intervensi	48

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Analisis Profil.....	50
B. Analisa Masalah pada pasien dengan Konsep Kasus Terkait	51
C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep Kasus Terkait.....	53
D. Alternatif Pemecahan Masalah.....	56

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	58
B. Saran	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisis Data dan Diagnosis Keperawatan	39
Tabel 3.2 Perbandingan skala nyeri pada klien Kelolaan dan Resume.....	49



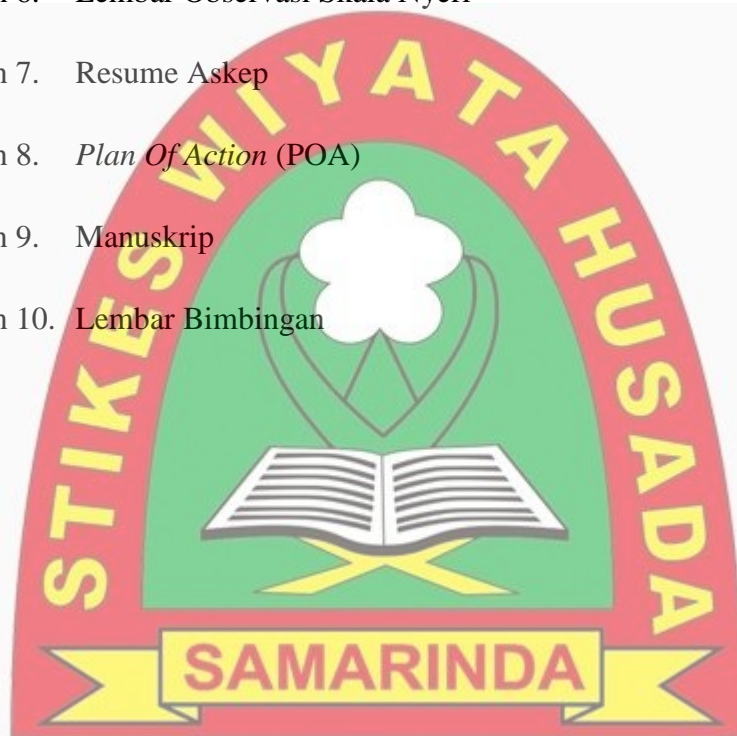
DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Perbandingan frekuensi skala nyeri klien kelolaan dan resume 48



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Time Line* Penyelesaian Kian
- Lampiran 2. Hasil pemeriksaan foto Rontgen
- Lampiran 3. Hasil pemeriksaan Lab
- Lampiran 4. Lembar Persetujuan Peneliti
- Lampiran 5. SOP Kompres Dingin dengan Cold Pack
- Lampiran 6. Lembar Observasi Skala Nyeri
- Lampiran 7. Resume Askep
- Lampiran 8. *Plan Of Action* (POA)
- Lampiran 9. Manuskrip
- Lampiran 10. Lembar Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat merupakan suatu keadaan yang ideal bagi setiap orang. Menurut *World Health Organization* (WHO), sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya terbatas pada bebas dari penyakit dan kelemahan. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara klinis tidak adanya penyakit (Notoatmodjo, 2010). Kesehatan fisik merupakan salah satu aspek dimana kesehatan fisik itu sendiri mencerminkan bahwa semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan termasuk diantaranya adalah kesehatan pada sistem muskuloskeletal.

World Health Organization (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik. Kecelakaan memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% (Depkes RI, 2011). Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga di bawah penyakit jantung koroner dan tuberculosis. Menurut hasil data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2013, di Indonesia terjadi fraktur yang disebabkan oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma tajam/tumpul. Riset Kesehatan Dasar (2011) 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, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7 %). Setiap tahunnya di Amerika Serikat sekitar 25 juta orang mengalami fraktur. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien fraktur adalah nyeri (Helmi, 2013).

Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri tersebut adalah keadaan subjektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal

maupun non verbal (Merdiati Devi *et al*, 2015).

Dampak jika nyeri pada klien fraktur tidak ditangani dengan cepat akan berpengaruh pada komplikasi, peningkatan lama rawat inap di rumah sakit dan distress (Helmi, 2013). Perawat mempunyai peran penting dalam pemberian pereda nyeri yang adekuat, yang prinsipnya mencakup mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik dengan tepat untuk meredakan nyeri secara optimal, dan mengevaluasi keefektifannya (Kneale, 2012). Penatalaksanaan nyeri yang efektif adalah aspek penting dalam asuhan keperawatan. Penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan: intervensi farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan obat. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi, meliputi stimulasi kutaneus.

Salah satu manajemen non farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pada pasien fraktur adalah dengan kompres dingin (Nurchairiah Andi *et al*. 2014). Pemberian kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblok 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. Kompres dingin 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 (Anugerah *et al*, 2017).

Menurut Koziar (2013) kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, hal ini memakan waktu 5 sampai 10 menit selama 24 sampai 48 jam pertama setelah cedera. Pengompresan di dekat lokasi aktual nyeri cenderung memberi hasil yang terbaik, sedangkan Smeltzer & Bare (2012), mengatakan untuk menghilangkan nyeri pada cedera dapat dilakukan dengan pemberian kompres dingin basah atau kering ditempat yang cedera secara intermitten 20 sampai 30 menit selama 24 sampai 48 jam pertama setelah cedera, dengan pemberian kompres dingin dapat menyebabkan vasokonstriksi, yang dapat

mengurangi pendarahan, edema dan ketidaknyamanan. Sejalan dengan penelitian Ojong. N.I *et al* (2014) yang berjudul “Nurses’ assessment and management of pain among surgical patients in secondary health facility in Calabar Metropolis, Cross River State, Nigeria” dengan jumlah 68 responden sebanyak 63 responden (92,6%) setuju bahwa kompres dingin dapat menurunkan nyeri sedangkan 5 responden (7,4%) tidak setuju bahwa kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri.

Penanganan nyeri pada pasien fraktur lebih kepada penanganan secara farmakologis, yaitu pemberian obat analgesic. Sedangkan penanganan nyeri secara non farmakologis kompres dingin tidak dilakukan, oleh karena itu mendorong peneliti para peneliti kesehatan untuk melakukan penelitian terhadap intervensi kompres dingin yang dapat diberikan pada pasien fraktur tertutup.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka penulis membuat perumusan masalah penelitian untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk karya ilmiah akhir ners dengan intervensi pemberian kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan fraktur tertutup di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Laporan Akhir Stase Peminatan Ners ini bertujuan untuk menerapkan Pemberian Asuhan Keperawatan Kritis pada pasien Fraktur Tertutup atau *Close Fracture* di Ruang Instalasi Rawat Darurat (IRD) RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan Laporan Akhir Stase Pemintan Ners ini meliputi:

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis *Close Fracture*

- b. Menganalisa intervensi kompres dingin dengan *cold pack* yang diterapkan pada klien kelolaan dengan diagnose medis *Close Fracture*.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi instalasi RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

Hasil dari pembahasan dalam tulisan ini diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui terapi nonfarmakologi dengan penerapan kompres dingin pada pasien dengan gangguan muskuloskeletal dengan masalah Nyeri.

2. Bagi perawat

Sebagai bahan referensi dalam menambah pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien muskuloskeletal dengan masalah Nyeri

3. Bagi Instansi Pendidikan

Dapat menambah perkembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan khususnya Asuhan keperawatan pada pasien muskuloskeletal dengan masalah Nyeri di IGD (Instalasi Gawat Darurat)



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Rangka

1. System rangka

Rangka manusia dewasa tersusun dari tulang-tulang (sekitar 206 tulang) yang membentuk suatu kerangka tubuh yang kokoh. Walaupun rangka terutama tersusun dari tulang, rangka di sebagian tempat dilengkapi kartilago utama (Dewi.D.K, 2014). Kerangka merupakan dasar bentuk tubuh sebagai tempat melekatnya otot - otot, pelindung organ tubuh yang lunak, penentuan tinggi, pengganti sel-sel yang rusak, memberikan sistem sambungan untuk gerak pengendali dan untuk menyerap reaksi dari gaya serta beban kejut.

Fungsi utama dari sistem muskuloskeletal adalah untuk mendukung dan melindungi tubuh dan organ-organnya serta untuk melakukan gerak. Agar seluruh tubuh dapat berfungsi dengan normal, masing-masing substruktur harus berfungsi dengan normal. Enam substruktur utama pembentuk sistem muskuloskeletal antara lain: tendon, ligamen, fascia (pembungkus), kartilago, tulang sendi dan otot. Tendon, ligamen, fascia dan otot sering disebut sebagai jaringan lunak, sedangkan tulang sendi diperlukan untuk pergerakan antara segmen tubuh. Peran mereka dalam sistem muskuloskeletal keseluruhan sangatlah penting sehingga tulang sendi sering disebut sebagai unit fungsional sistem muskuloskeletal.

Dalam kaitannya dengan ergonomi, sistem otot dan rangka merupakan alat gerak pada manusia dan berperan dalam membentuk postur dalam bekerja. Sistem ini berguna dalam mendesain atau merancang tempat kerja, peralatan kerja dan produk baru yang harus disesuaikan dengan karakteristik manusia. Sistem otot dan rangka berpengaruh dalam kemampuan dan keterbatasan manusia dalam melakukan suatu pekerjaan. Sedangkan sistem syaraf merupakan pengendali dari semua kegiatan dan aktivitas termasuk gerakan sistem otot dan rangka.

- a. Rangka aksial terdiri dari beberapa tulang yang membentuk aksis panjang tubuh yang melindungi organ-organ pada kepala, leher dan torso.
 - 1) Kolumna vertebra (tulang belakang) terdiri dari 26 vertebra yang dipisahkan oleh diskus vertebra.
 - 2) Tengkorak diseimbangkan pada kolumna vertebra
 - 3) Kerangka toraks (rangka iga) meliputi tulang-tulang iga dan sternum yang membungkus dan melindungi organ-organ thoraks.
- b. Rangka apendikular terdiri dari 126 tulang yang membentuk lengan, tungkai dan tulang pektoral (serta tonjolan pelvis yang menjadi tempat melekatnya lengan dan tungkai pada rangka aksial).
- c. Persendian adalah artikulasi dari dua tulang atau lebih.

2. Fungsi Sistem Rangka

- a. Memberikan topangan dan bentuk pada tubuh
- b. Pergerakan tulang berartikulasi dengan tulang lain pada sebuah persendian dan berfungsi sebagai pengungkit jika otot berkontraksi, kekuatan yang diberikan pada pengungkit menghasilkan gerakan.
- c. Perlindungan sistem rangka, melindungi organ-organ lunak yang ada dalam tubuh.
- d. Pembentukan sel darah (hematopoiesis) sumsum tulang merah, yang ditemukan pada orang dewasa dalam tulang sternum, tulang iga, badan vertebra, tulang pipi pada kranium dan pada bagian ujung tulang panjang. Merupakan tempat produksi sel darah merah, sel darah putih dan trombosit darah.
- e. Tempat penyimpanan mineral.

3. Tulang

Tulang adalah organ vital yang berfungsi untuk alat gerak pasif, proteksi alat-alat di dalam tubuh, pembentuk tubuh, metabolisme kalsium, mineral dan organ hemopoetik. Komponen-komponen utama dari jaringan tulang adalah mineral-mineral dan jaringan organik (kolagen dan proteoglikan). Kalsium dan fosfat membentuk suatu kristal garam (hidroksiapatit), yang tertimbun pada matriks kolagen dan proteoglikan.

Matriks organik tulang disebut juga sebagai osteoid. Sekitar 70% dari osteoid adalah kolagen tipe I yang kaku dan memberikan ketegangan tinggi pada tulang. Materi organik lain yang juga menyusun tulang berupa proteoglikan seperti asam hialuronat.

a. Bagian-bagian dari tulang panjang yaitu:

1) Diafisis (batang)

Merupakan bagian tengah tulang yang berbentuk silinder, bagian ini tersusun dari tulang kortikal yang memiliki kekuatan yang besar.

2) Metafisis

Adalah bagian tulang yang melebar di dekat ujung akhir batang. Daerah ini terutama disusun oleh tulang trabekula atau spongiosa yang mengandung, sumsum merah. metafisis juga menopang sendi dan menyediakan daerah yang cukup luas untuk perlekatan tendon pada epifisis.

3) Epifisis

Lempeng epifisis adalah pertumbuhan longitudinal pada anak-anak. Bagian ini akan menghilang pada tulang dewasa. Bagian epifisis yang letaknya dekat dengan sendi tulang panjang bersatu dengan metafisis sehingga pertumbuhan memanjang tulang terhenti. Seluruh tulang diliputi oleh lapisan fibrosa yang disebut periosteum, yaitu: yang mengandung sel-sel yang berproliferasi dan berperan dalam proses pertumbuhan transversal tulang panjang. Pada tulang epifisis terdiri dari 4 zona, yaitu:

a) Daerah sel istirahat

Lapisan sel paling atas yang letaknya dekat dengan epifisis

b) Zona proliferasi

Pada zona ini terjadi pembelahan sel, dan disinilah terjadi pertumbuhan tulang panjang. Sel-sel yang aktif ini didorong ke arah batang tulang, ke dalam daerah hipertropi.

c) Daerah hipertropi

Pada daerah ini, sel-sel membengkak, menjadi lemah dan secara metabolik menjadi tidak aktif.

d) Daerah kalsifikasi provisional

Sel-sel mulai menjadi keras dan menyerupai tulang normal

Bila daerah proliferasi mengalami pengrusakan, maka pertumbuhan dapat terhenti dengan retardasi pertumbuhan longitudinal anggota gerak tersebut atau terjadi deformitas progresif bila terjadi hanya sebagian dari lempeng tulang yang mengalami kerusakan berat. Sebagaimana jaringan ikat lainnya, tulang terdiri dari komponen matriks dan sel. Matriks tulang terdiri dari serat-serat kolagen dan protein non kolagen. Sedangkan sel tulang terdiri dari osteoblast, osteosit dan osteoklas.

b. Metabolisme tulang diatur oleh beberapa hormon, antara lain :

1) Hormon Paratiroid

Mempunyai efek langsung dan segera pada mineral tulang, menyebabkan kalsium dan fosfat diabsorpsi dan bergerak memasuki serum. Disamping itu, peningkatan kadar hormon paratiroid secara perlahan-lahan menyebabkan peningkatan jumlah dan aktivitas osteoklas, sehingga terjadi demineralisasi.

2) Hormon Pertumbuhan

GH tidak mempunyai efek langsung terhadap remodeling tulang, tetapi melalui perangsangan IGF 1. Efek langsung GH pada formasi tulang sangat kecil, karena sel-sel tulang hanya mengekspresikan reseptor GH dalam jumlah kecil.

3) Kalsitonin

Kalsitonin menyebabkan kontraksi sitoplasma osteoklas dan pemecahan osteoklas menjadi sel mononuklear dan menghambat pembentukan osteoklas.

4) Estrogen dan Androgen

Mempunyai peranan penting dalam maturasi tulang yang sedang tumbuh dan mencegah kehilangan masa tulang. Reseptor estrogen pada sel-sel tulang sangat sedikit diekspresikan sehingga sulit diperlihatkan efek estrogen terhadap resorpsi dan formasi tulang. Estrogen dapat menurunkan resorpsi tulang secara tidak langsung melalui penurunan sintesis berbagai sitokin, seperti IL-1, TNF- α , IL-6.

5) Hormon Tiroid

Berperan merangsang resorpsi tulang, hal ini akan menyebabkan pasien hipertiroidisme akan disertai hiperkalsemia dan pasien pasca menopause yang mendapat supresi tiroid jangka panjang akan mengalami osteopenia.

6) 1,25-dehidroksivitamin D [1,25 (OH) $_2$ D]

Merupakan vitamin D aktif yang berperan menjaga homeostasis kalsium dengan cara meningkatkan absorpsi kalsium di usus dan mobilisasi kalsium dan tulang pada keadaan kalsium yang adekuat. Di tulang, 1,25 (OH) $_2$ D akan menginduksi monositik stem cell di sumsum tulang untuk berdiferensiasi menjadi osteoklas. Setelah itu sel ini kehilangan kemampuannya untuk bereaksi terhadap 1,25 (OH) $_2$ D.

Pada proses mineralisasi tulang 1,25 (OH) $_2$ D berperan dalam menjaga konsentrasi Ca dan P di dalam cairan ekstraseluler sehingga deposisi kalsium hidroksiapatit pada matriks tulang akan berlangsung baik.

4. Alat gerak bagian atas (ekstremitas superior)

a. Scapula

Tulang belikat membentuk bagian belakang gelang bahu, terletak di sebelah belakang toraks yang lebih dekat ke permukaan iga. Terdiri atas akromion, prosesus korakoid, insisura supraskapular, sudut supraskapular, fasa supraskapular dan angulus inferior.

b. Clavicula

Atau tulang selangka adalah tulang melengkung yang membentuk bagian anterior gelang bahu. Tulang ini dibagi atas batang dan dua ujung. Ujung medial disebut ekstremitas sternal dan membuat sendi dengan sternum. Ujung lateral disebut ekstremitas akromial, yang bersendi pada prosesus akromion skapula.

c. Humerus

Atau tulang lengan atas adalah tulang terpanjang anggota atas, memperlihatkan sebuah batang dan dua ujung. Terbagi menjadi:

- 1) Ujung atas humerus, terdiri atas kepala, leher anatomik, leher kirurgis, tuberositas minor, tuberositas mayor, antara kedua tuberositas ini memuat otot bicep.
- 2) Batang humerus
- 3) Ujung bawah humerus, terdiri atas fasa koronoid, fasa olekranon, troklea, kapitulum, epikondilus medialis.

d. Ulna

Tulang hasta sebuah tulang pipa yang mempunyai sebuah batang dan dua ujung. Terletak sebelah medial lengan bawah dan lebih panjang daripada radius atau tulang pengumpil. Terbagi menjadi:

- 1) Ujung atas ulna, terdiri atas prosesus olekranon, prosesus koronoid, takik troklearis, takik radialis
- 2) Batang ulna
- 3) Ujung bawah ulna, terdiri atas prosesus stiloideus

e. Radius Tulang di sisi lateral lengan bawah merupakan tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung dan lebih pendek daripada ulna.

Terdiri atas:

- 1) Ujung atas, terdiri atas kepala, leher dan tuberositas radii
- 2) Batang radius
- 3) Ujung bawah, terdiri atas prosesus stiloideus

f. Carpal Atau tulang pangkal tangan, baris atas tersusun dari luar kedalam adalah navicular (skafoid), lunatum (semilunar), trikuetrum dan pisiformis. Baris bawah adalah trapezium (multangulum mayus), trapezoid (multangulum minus), kapitulum dan hamatum.

- g. Metacarpal Membentuk kerangka tapak tangan berbentuk tulang pipa.
- h. Phalanges Atau tulang jari dan berbentuk tulang pipa

5. Alat gerak bagian bawah (extremitas inferior)

- a. Tulang paha (femur) Adalah tulang terpanjang dari tubuh. Tulangnya berupa tulang pipa dan mempunyai sebuah batang dan dua ujung. Terdiri atas:

- 1) Ujung atas, terdiri atas kepala, trokanter mayor, trokanter minor, leher, linea intertrokanterika, krista intertrokanterika, tuberkulum kuadratum, tuberositas glutea.

- 2) Batang femur, terdiri atas line aspera

- 3) Ujung bawah, terdiri atas kondil medial, kondil lateral, tuberkulum aduktor, permukaan popliteal, krista intertrokanterika

- b. Tulang kering (tibia) Terdiri atas:

- 1) Ujung atas, terdiri atas spina tibiae, kondil medial dan kondil lateral, tuberkel tibia, takik popliteum, linea poplitea

- 2) Batang tibia

- 3) Ujung bawah, terdiri atas maleolus medial atau maleolus tibia

- c. Tulang betis (fibula) Terdiri atas:

- 1) Ujung atas, terdiri atas kepala fibula, prosesus stiloideus

- 2) Batang fibula

- 3) Ujung bawah, terdiri atas maleolus medialis

- d. Tulang tumit (calcaneus) Adalah tulang terbesar telapak kaki. Membentuk tumit dan mengalihkan berat badan diatas tanah ke belakang.

- e. Tulang pergelangan kaki (tarsal) Terdiri atas, talus, navikular, kuboid, kuneiformis lateralis, kuneiformis intermedialis, kuneiformis medialis.

- f. Tulang telapak kaki (meta tarsal) Terdapat lima tulang metatarsal, tulang-tulang ini berbentuk tulang pipa dengan sebuah batang dan dua ujung.

- g. Tulang jari kaki (phalanges pedis) Sama seperti jari tangan tetapi lebih pendek.

- h. Ruas tulang jari kaki (digiti phalanges pedis) Sama seperti jari tangan tetapi lebih pendek.

B. Konsep Fraktur

1. Definisi Fraktur

Fraktur adalah terputusnya tulang dan ditentukan sesuai dengan jenis dan luasnya (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Wijaya & Putri, 2013). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer, 2000 dalam Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Fraktur didefinisikan sebagai suatu kerusakan morfologi pada kontinuitas tulang atau bagian tulang, seperti lempeng epifisis atau kartilago (Chang, 2010).

Beberapa pengertian fraktur menurut para ahli antara lain :

- a. Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang, fraktur terjadi ketika tekanan yang kuat diberikan pada tulang normal atau tekanan yang sedang pada tulang yang terkena penyakit, misalnya osteoporosis (Grace & Borley, 2007).
- b. Fraktur atau yang seringkali disebut dengan pataha tulang, adalah sebuah patah tulang yang biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang, dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Wijaya & Putri, 2013).
- c. Fraktur tulang terjadi apabila resistensi tulang terhadap tekanan menghasilkan daya untuk menekan. Ketika terjadi fraktur pada sebuah tulang, maka periosteum serta pembuluh darah di dalam korteks, sumsum tulang, dan jaringan lunak di sekitarnya akan mengalami disrupsi. hematoma akan terbentuk diantara kedua ujung patahan tulang serta di bawah periosteum, dan akhirnya jaringan granulasi menggantikan hematoma tersebut (Wong, 2009).

2. Etiologi Fraktur

Jenis fraktur dibedakan menjadi :

- 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 dan kerusakan pada kulit di atasnya.
- 2) Cedera tidak langsung berarti pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur dan menyebabkan fraktur klavikula.
- 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, seperti :

- 1) Tumor tulang (jinak atau ganas), yaitu pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali atau progresif.
- 2) Infeksi seperti osteomyelitis, dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul sebagai salah satu proses yang progresif, lambat dan sakit nyeri.
- 3) Rakhitis, suatu penyakit tulang yang disebabkan oleh defisiensi Vitamin D.
- 4) Stress tulang seperti pada penyakit polio dan orang yang bertugas di kemiliteran (Kristiyanasari, 2012).

3. **Klasifikasi Fraktur**

Klasifikasi Fraktur dapat dibagi menjadi beberapa bagian, diantaranya :

a. Klasifikasi Etiologis

- 1) Fraktur traumatik
- 2) Fraktur Patologis, yaitu fraktur yang terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah oleh karena tumor atau proses patologik lainnya (infeksi dan kelainan bawaan) dan dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma ringan.
- 3) Fraktur Beban (Kelelahan), yaitu fraktur yang terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka atau

karena adanya stress yang kecil dan berulang-ulang pada daerah tulang yang menopang berat badan.

b. **Klasifikasi Klinis**

- 1) Fraktur Tertutup (simple Fraktur), adalah fraktur dengan kulit yang tidak tembus oleh fragmen tulang, sehingga tempat fraktur tidak tercemar oleh lingkungan.
- 2) Fraktur Terbuka (compound Fraktur), adalah fraktur dengan kulit ekstremitas yang terlibat telah ditembus, dan terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar. Karena adanya perlukaan kulit.

c. **Klasifikasi Radiologis**

- 1) Lokalisasi : diafisal, metafisial, intra-artikuler, fraktur dengan dislokasi.
- 2) Konfigurasi : F. Transversal, F. Oblik, F. Spinal, F. Segmental, F. Komunitif (lebih dari dua fragmen), F. Avulse, F. Depresi, F. Epifisis.
- 3) Menurut Ekstensi : F. Total, F. Tidak Total, F. Buckle atau torus, F. Garis rambut, F. greenstick.
- 4) Menurut hubungan antara fragmen dengan fragmen lainnya : tidak bergeser, bergeser (bersampingan, angulasi, rotasi, distraksi, overriding, impaksi) (Kusuma, 2015).

4. Manifestasi Klinis

Beberapa tanda dan gejala terjadinya fraktur (Brunner & Suddarth, 2009) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri
- b. Deformitas akibat kehilangan kelurusan (alignment) yang dialami.
- c. Pembengkakan akibat vasodilatasi dalam infiltrasi leukosit serta selsel mast.
- d. Saat ekstremitas diperiksa di tangan, teraba adanya derik tulang dinamakan krepitus yang teraba akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.

- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. tanda ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari.
- f. Krepitasi.
- g. Spasme otot.

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. X-ray : untuk menentukan luas/lokasi fraktur.
- b. Scan tulang untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
- c. Arteriogram, dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- d. Hitung darah lengkap, homokonsentrasi mungkin meningkat, menurun pada perdarahan : peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan.
- e. Kretinin : trauma otot meningkatkan beban kretinin untuk klirens ginjal.
- f. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi atau cedera hati (Wijaya & Putri, 2013).

6. Komplikasi

- a. Komplikasi Awal

1) Syok

Syok hipovolemik atau traumatic, akibat perdarahan (baik kehilangan darah eksternal maupun yang tidak kelihatan) dan kehilangan cairan ekstrasel ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, toraks, pelvis, dan vertebra. Pada fraktur femur dapat terjadi kehilangan darah dalam jumlah besar sebagai akibat trauma. Penanganannya meliputi mempertahankan volume darah, mengurangi nyeri yang di derita pasien, memasang pembebatan yang memadai, dan melindungi pasien dari cedera lebih lanjut (Brunner& Suddarth, 2012).

2) Sindrom emboli lemak

Setelah terjadi fraktur panjang atau pelvis, fraktur multiple, atau cedera remuk, dapat terjadi emboli lemak, khususnya pada dewasa muda (20 sampai 30 tahun) pria. Pada saat terjadi fraktur, globula lemak dapat masuk ke dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stress pasien akan memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadinya globula lemak dalam aliran darah. Globula lemak akan bergabung dengan trombosit membentuk emboli, yang kemudian menyumbat pembuluh darah kecil yang memasok otak, paru, ginjal, dan organ lain.

Gejala yang muncul berupa hipoksia, takipnea, takikardia, dan pireksia, respons pernapasan meliputi takipnea, dyspnea, krepitasi, mengi, sputum putih kental banyak. Gas darah menunjukkan PO₂ dibawah 60 mm Hg, dengan alkalosis respiratori lebih dulu dan kemudian asidosis respiratori. Dengan adanya emboli sistemik pasien nampak pucat. Tampak ada petekie pada membrane pipi dan kantung konjungtiva, pada palatum durum, pada fundus okuli, dan diatas dada dan lipatan ketiak depan. Lemak bebas dapat ditemukan dalam urine bila emboli mencapai ginjal, dapat terjadi gagal ginjal (Brunner & Suddarth, 2012).

Emboli lemak akibat disrupsi sumsum tulang atau aktivasi sistem saraf simpatik pascatrauma (yang dapat menimbulkan stress pernapasan atau sistem saraf pusat) (Kowalak, 2011). Embolisme

lemak jarang terjadi, namun merupakan komplikasi batang femur yang membahayakan, embolisme lemak terjadi akibat rongga femur terisi sumsum tulang. Selama 72 jam pertama setelah cedera, pasien harus dipantau dengan ketat untuk ruam petekie, pireksia, konfusi, dan anoksia (Kneale, 2011).

- 3) Sindrom Kompartemen
- 4) Infeksi
- 5) Koagulopati Intravaskuler Diseminata (KID)
- 6) Emboli Paru

- 7) Gagal Ginjal
- b. Komplikasi Lanjut
 - 1) Terjadi Non-Union
 - 2) Delayed Union
 - 3) Mal-Union
 - 4) Pertumbuhan Terhambat
 - 5) Arthritis
 - 6) Distrofi Simpatik (reflex) pasca trauma (R.Borley, 2007).

7. Penyembuhan Tulang

Tulang dapat beregenerasi sama seperti jaringan tubuh yang lain. Fraktur merangsang tubuh untuk menyembuhkan tulang yang patah dengan jalan membentuk tulang baru diantara ujung patahan tulang. Tulang baru dibentuk oleh aktivitas sel-sel tulang. Stadium penyembuhan tulang, yaitu :

a. Inflamasi

Pembuluh darah robek dan terbentuk hematoma disekitar daerah fraktur. sel-sel darah membentuk fibrin guna melindungi tulang yang rusak dan sebagai tempat tumbuhnya kapiler baru dan fibrioblas. Stadium ini berlangsung 24-48 jam dan terjadi pembengkakan dan nyeri.

b. Proliferasi seluler

Hematoma akan mengalami organisasi \pm 5 hari, terbentuk benang-benang fibrin dalam bekuan darah, membentuk jaringan untuk revaskularisasi, invasi fibrioblast dan osteoblast.

c. Pembentukan kalus

Pertumbuhan jaringan berlanjut dan lingkaran tulang rawan tumbuh mencapai sisi lain sampai celah sudah terhubung. Fragmen patahan tulang dihubungkan dengan jaringan fibrus. Diperlukan waktu 3 sampai 4 minggu agar fragmen tulang tergabung dalam tulang rawan atau jaringan fibrus. Secara klinis fragmen tulang sudah tidak bisa digerakan lagi.

d. Penulangan kalus (osifikasi)

Pada patah tulang panjang orang dewasa normal, penulangan memerlukan waktu 3 sampai 4 bulan.

- e. Remodeling
- f. Tahap akhir dari perbaikan patah tulang meliputi pengambilan jaringan mati dan reorganisasi tulang baru ke susunan structural sebelumnya. Pada tahap ini memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun tergantung beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan (Wujaya & Putrid, 2013).

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Kedaruratan

1) Cari tanda-tanda syok/perdarahan dan periksa ABC

a) Jalan Napas

Untuk mengatasi keadaan ini, penderita di miringkan sampai tengkurap. Mandibula dan lidah ditarik ke depan dan dibersihkan faring dengan jari-jari.

b) Perdarahan pada luka

Cara paling efektif dan aman adalah dengan meletakkan kain yang bersih (kalau bisa steril) yang cukup tebal dan dilakukan penekanan dengan tangan atau dibalut dengan verban yang cukup menekan.

c) Syok

Syok bisa terjadi apabila orang kehilangan darahnya kurang lebih 30% dari volume darahnya. Untuk mengatasi syok karena perdarahan diberikan darah (transfusi darah).

d) Cari trauma pada tempat lain yang beresiko (kepala dan tulang belakang, iga dan pneumotoraks dan trauma pelvis) (R. Borley, 2007).

9. Tindakan Terhadap Fraktur

(Brunner & Suddarth, 2001 dalam Wujaya & Putri, 2013) menyatakan bahwa tindakan yang dilakukan terhadap fraktur adalah sebagai berikut :

a. Metode untuk mencapai reduksi fraktur :

1) Reduksi terbuka

- 2) Reduksi tertutup
- b. Metode mempertahankan Imobilisasi :
 - 1) Alat Eksterna
 - a) Bebat
 - b) Brace
 - c) Case
 - d) Pin dalam gips
 - e) Fiksator eksterna
 - f) Traksi
 - g) Balutan
 - 2) Alat Interna
 - a) Nail
 - b) Plat
 - c) Sekrup
 - d) Kawat
 - e) Batang
- c. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi
 - 1) Mempertahankan reduksi dan imobilisasi
 - 2) Meninggikan untuk meminimalkan pembengkakan
 - 3) Memantau status neurovaskuler
 - 4) Mengontrol kecemasan dan nyeri
 - 5) Berpartisipasi dalam aktivitas hidup sehari-hari
 - 6) Kembali ke aktivitas secara bertahap.

C. Konsep Fraktur Femur

1. Definisi

Fraktur femur adalah hilangnya kontinuitas tulang paha, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, dan pembuluh darah) dan fraktur femur tertutup yang disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Helmi, 2014).

2. Etiologi

a. Peristiwa Trauma Tunggal

Sebagian besar fraktur disebabkan oleh kekuatan yang tiba-tiba dan berlebihan seperti : pemuntiran (rotasi) yang menyebabkan fraktur spiral, penekukan (trauma angulasi atau langsung) yang dapat menyebabkan fraktur melintang, penekukan dan penekanan, yang mengakibatkan fraktur sebagian melintang tetapi disertai fragmen kupu-kupu berbentuk segitiga yang terpisah, kombinasi dari pemuntiran, penekukan, dan penekanan yang menyebabkan fraktur obliq pendek, penarikan dimana tendon atau ligament benar-benar menarik tulang sampai terpisah (Helmi, 2014).

b. Kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik)

Fraktur dapat terjadi oleh tekanan yang normal jika tulang itu lemah (misalnya oleh tumor) atau kalau tulang itu sangat rapuh (misalnya : pada penyakit paget) (Helmi, 2014).

3. Klasifikasi Fraktur Femur Dan Penatalaksanaan

a. Fraktur intertrokhanter femur

Fraktur intertrokhanter adalah patah tulang yang bersifat ekstrakapsular dari femur. Sering terjadi pada lansia dengan kondisi osteoporosis. Fraktur ini memiliki prognosis yang baik dibandingkan dengan fraktur intrakapsular, dimana resiko nekrosis avascular lebih rendah.

Pada riwayat umumnya didapatkan adanya trauma akibat jatuh dan memberikan trauma langsung pada trokhanter mayor. Pada beberapa kondisi, cedera secara memuntir memberikan fraktur tidak langsung pada intertrokhanter. Pemeriksaan radiografik biasanya sudah dapat menentukan diagnosis fraktur intertrokhanter. pemeriksaan radiografik biasanya sudah dapat menentukan diagnosis fraktur intertrokhanter stabil atau tidak stabil.

Penatalaksanaannya menggunakan reduksi terbuka dan pemasangan fiksasi interna. Intervensi konservatif hanya dilakukan pada penderita

yang sangat tua dan tidak dapat dilakukan dengan anastesi general (Brunner & Suddarth, 2012).

b. Fraktur Subtrochanter Femur

Adalah fraktur dimana garis patahnya fraktur subtrochanter femur berada 5 cm distal dari trochanter minor. Fraktur jenis ini dibagi dalam beberapa klasifikasi, tetapi yang lebih sederhana dan mudah dipahami adalah klasifikasi fielding & Magliato, yaitu sebagai berikut :

- 1) Tipe 1 : garis fraktur satu level dengan trochanter minor.
- 2) Tipe 2 : garis patah berada 1-2 inci dibawah dari batas trochanter minor.
- 3) Tipe 3 : garis patah berada 2-3 inci di distal dari batas trochanter minor (Helmi, 2014 : 509).

c. Fraktur suprakondiler femur

Fraktur suprakondiler fragmen bagian distal selalu terjadi dislokasi ke posterior. Hal ini biasanya disebabkan adanya tarikan otot-otot gastroknemius. Biasanya fraktur suprakondiler ini disebabkan oleh trauma langsung karena kecepatan tinggi sehingga terjadi gaya aksial dan stress valgus atau varus, dan disertai gaya rotasi.

Manifestasi klinik yang didapatkan berupa pembengkakan pada lutut, deformitas yang jelas dengan pemendekan pada tungkai, nyeri bila fragmen bergerak, dan mempunyai risiko terhadap sindrom kompartemen pada bagian distal. Pada pemeriksaan berjongkok terlihat pasien tidak bisa menjaga kesejajaran. Pemeriksaan radiologis dapat

menentukan diagnosis fraktur suprakondiler. Penatalaksanaan fraktur suprakondiler femur adalah sebagai berikut :

- 1) Traksi berimbang dengan mempergunakan bidai Thomas dan penahan lutut pearson, cast-bracing, dan spika panggul.
- 2) Terapi operatif dilakukan pada fraktur terbuka atau adanya pergeseran fraktur yang tida dapat direduksi secara konservatif. Terapi dilakukan dengan mempergunakan nail-phroc dare screw dengan macam-macam tipe yang tersedia (Helmi, 2014).

d. Fraktur Kondiler Femur

Mekanisme trauma biasanya merupakan kombinasi dari gaya hiperabduksi dan adduksi disertai dengan tekanan pada sumbu femur ke atas. Manifestasi klinik didapatkan adanya pembengkakan pada lutut, hematrosis, dan deformitas pada ekstremitas bawah. Penderita juga mengeluh adanya nyeri lokal, dan kondisi neurologis-vaskular harus selalu diperiksa adanya tanda dan gejala sindrom kompartemen pada bagian distal.

Penatalaksanaan dengan reduksi tertutup dengan traksi tulang selama 4-6 minggu dan kemudian dilanjutkan dengan penggunaan gips minispika sampai terjadi penyambungan tulang. Reduksi terbuka dan fiksasi interna dilakukan apabila intervensi reduksi tertutup tidak memberikan penyambungan tulang, atau keluhan nyeri lokal yang parah (Helmi, 2014).

e. Fraktur Batang Femur

Fraktur batang femur biasanya terjadi karena trauma langsung akibat kecelakaan lalu lintas di kota-kota besar atau jatuh dari ketinggian, patah pada daerah ini dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak, mengakibatkan penderita jatuh dalam syok, salah satu klasifikasi fraktur batang femur dibagi berdasarkan adanya luka yang berhubungan dengan daerah yang patah. Secara klinik fraktur batang femur dibagi dalam fraktur batang femur terbuka dan tertutup.

Pada kondisi trauma diperlukan gaya yang besar untuk mematahkan batang femur pada orang dewasa. Kebanyakan fraktur ini terjadi pada pria muda yang mengalami kecelakaan kendaraan bermotor atau mengalami jatuh dari ketinggian. Biasanya, pasien ini mengalami trauma multiple yang menyertainya.

4. Penatalaksanaan Fraktur Femur

Pada fraktur femur terbuka harus dinilai dengan cermat untuk mencari ada tidaknya Kehilangan kulit, Kontaminasi luka, Iskemia otot, Cedera pada pembuluh darah dan saraf. Intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Profilaksis antibiotik
- b. Debridement, pembersihan luka dan debridement harus dilakuakn dengan sesedikit mungkin penundaan. Jika terdapat kematian jaringan atau kontaminasi yang jelas, luka harus diperluas dan jaringan yang mati dieksisi dengan hati-hati. Luka akibat penetrasi fragmen tulang yang tajam juga perlu dibersihkan dan dieksisi, tetapi cukup dengan debridemen terbatas saja.
- c. Stabilisasi, Dilakukan pemasangan fiksasi interna atau fiksasi.
- d. Penundaan penutupan.
- e. Penundaan rehabilitasi.
- f. Fiksasi eksterna.

Penatalaksanaan fraktur batang femur tertutup adalah sebagai berikut:

- a. Terapi Konservatif
 - 1) Traksi kulit merupakan pengobatan sementara sebelum dilakukan terapi definitive untuk mengurangi spasme otot.
 - 2) Traksi tulang berimbang dengan bagian pearson pada sendi lutut. Indikasi traksi terutama fraktur yang bersifat komunitif dan segmental.
 - 3) Menggunakan cast brasting yang dipasang setelah terjadi union fraktur secara klinis.
- b. Terapi operatif
- c. pemasangan plate dan screw (Helmi, 2014).

5. Mekanisme terjadinya Nyeri pada pasien Fraktur Femur

Klasifikasi nyeri menurut (Smeltzer, 2013) yang pertama nyeri akut biasanya dikaitkan dengan cedera fisik spesifik dan mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadinya penyembuhan, nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan biasanya kurang dari satu bulan. Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan

dengan tetap dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebab pastinya. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

Mekanisme nyeri, nyeri timbul setelah menjalani proses transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi adalah rangsangan nyeri diubah menjadi depolarisasi membran reseptor yang kemudian menjadi impuls saraf. Transmisi adalah saraf sensoris perifer yang melanjutkan rangsang keterminal di medula spinalis disebut sebagai neuron aferen primer. Jaringan saraf yang naik dari medula spinalis ke batang otak dan talamus disebut neuron penerima kedua, neuron yang menghubungkan dari talamus ke korteks serebri disebut neuron penerima ketiga. Selanjutnya modulasi, proses dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen (endorphin, serotonin, noradrenalin) dengan asupan nyeri yang masuk ke komus posterior sehingga asupan nyeri dapat ditekan. Jadi merupakan proses desenden yang di kontrol oleh otak seseorang, pada fase modulasi terdapat suatu interaksi dengan sistem inhibisi dari transmisi nosisepsi berupa suatu analgesik endogen.

Persepsi merupakan nyeri sangat dipengaruhi oleh faktor subyektif, walaupun mekanismenya belum jelas. Nyeri dapat berlangsung berjam-jam sampai berhari-hari. Fase ini dimulai pada saat dimana nosiseptor telah mengirimkan sinyal pada formatio reticularis dan talamus, sensasi nyeri memasuki pusat kesadaran dan efek sinyal ini kemudian dilanjutkan ke area limbik. Area ini mengandung sel-sel yang biasa mengatur emosi. Tahap persepsi merupakan tahapan yang amat kompleks (Saputra dan Sudirman, 2009).

Nyeri pada fraktur adalah nyeri yang termasuk dalam nyeri nosiseptif. apabila telah terjadi kerusakan jaringan, maka sistem nosiseptif akan bergeser fungsinya, dari fungsi protektif menjadi fungsi yang membantu perbaikan jaringan yang rusak. Pada kasus nyeri

nosiseptif terdapat proses transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi merupakan konversi stimulus nosxious termal, mekanik (trauma pada fraktur) atau kimia menjadi aktivitas listrik pada akhiran serabut sensorik nosiseptif. Proses ini diperantarai oleh reseptor ion channel natrium yang spesifik. Konduksi merupakan perjalanan aksi potensial dari akhiran saraf perifer ke sepanjang akson menuju akhiran nosiseptor di system saraf pusat.

Transmisi merupakan bentuk transfer sinaptik dari satu neuron ke neuron lainnya. Kerusakan jaringan yang diakibatkan trauma seperti robekan otot, putusnya kontinuitas tulang, akan memacu pelepasan zat-zat kimiawi (mediator inflamasi) yang menimbulkan reaksi inflamasi yang diteruskan sebagai sinyal ke otak. Sinyal nyeri dalam bentuk impuls listrik akan dihantarkan oleh serabut saraf nosiseptor tidak bermielin (serabut C dan delta) yang bersinaps dengan neuron di kornu dorsalis medulla spinalis. Sinyal kemudian diteruskan melalui traktus spinothalamikus di otak, dimana nyeri pada fraktur dipersepsi, dilokalisasi dan diinterpretasikan. (Pinzon, 2014).

D. Manajemen Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Muskuloskeletal yang mengalami Nyeri Akut

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian Primer

1) Airways

- a) Tidak adanya sumbatan atau penumpukan secret
- b) Tidak adanya Wheezing atau krekles saat di auskultasi

2) Breathing

- a) Sesak dengan aktifitas ringan
- b) RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal

3) Circulation

- a) Penurunan nadi pada bagian distal yang cedera
- b) Takikardi (respon stres, hipovolemia)

- c) Hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri/ansietas) atau hipotensi (kehilangan darah).
- d) Edema/Pembengkakan jaringan atau massa hematoma pada sisi cedera.
- e) Capillary refill melambat
- f) Pucat pada bagian yang terkena
- g) Kulit pucat, sianosis

b. Pengkajian Sekunder

1) Aktivitas/istirahat

- a) Kehilangan fungsi pada bagian yang terkena
- b) Keterbatasan mobilitas

2) Neurosensori

- a) Kesemutan
- b) Deformitas, krepitasi, pemendekan
- c) Kelemahan

3) Kenyamanan

- a) Nyeri tiba-tiba saat cedera
- b) Spasme/kram otot
- c) Keamanan
- d) Laserasi kulit
- e) Perdarahan
- f) Perubahan warna
- g) Pembengkakan lokal

4) Keluhan utama MRS

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur adalah

- a) Rasa nyeri, nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

(1) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.

- (2) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- (3) Region: radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- (4) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuannya.
- (5) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

5) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan bisa diketahui luka kecelakaan yang lain.

6) 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's yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka di kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang.

7) Pola Aktivita

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah

bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya fraktur dibanding pekerjaan yang lain.

8) Pola Tidur dan Istirah

Semua klien fraktur timbul rasa nyeri, keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

9) Pola persepsi diri

Dampak yang timbul pada klien fraktur yaitu timbul ketakutan akan kecacatan akibat frakturnya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

10) Pola manajemen koping-Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan baik dan buruknya pasien tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran pasien (compos mentis, somnolen, apatis, spoor dan koma yang bergantung pada keadaan pasien, ringan, sedang dan berat dan pada kasus fraktur biasanya akut) tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan lokal baik fungsi maupun bentuk.

a) B1 (*Breathing*)

b) B2 (*Blood*)

c) B3 (*Brain*)

d) B4 (*Bladder*)

e) B5 (*Bowel*)

f) B6 (*Bone*)

Adanya fraktur pada femur akan mengganggu secara lokal baik fungsi sensorik, motorik maupun peredaran darah. Pada pemeriksaan fisik regional fraktur femur tertutup, umumnya didapatkan hal-hal berikut.

a) Look

Pasien fraktur femur mempunyai komplikasi delayed union, non-union, dan malunion. Kondisi yang paling sering didapatkan di klinik adalah terdapatnya malunion terutama pada pasien fraktur femur yang telah lama dan telah mendapat intervensi dari dukun patah. Pada pemeriksaan lookan didapatkan adanya pemendekan ekstremitas dan akan lebih jelas derajat pemendekan dengan cara mengukur kedua sisi tungkai dari spina iliaca ke maleolus.

b) Feel

Adanya nyeri tekan (tenderness) dan krepitasi pada daerah paha.

c) Move

Pemeriksaan yang didapat seperti adanya gangguan/keterbatasan gerak tungkai. Didapatkan ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dan melakukan pergerakan.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara akuntabilitas (carpanito, 2000 dalam Nursalam, 2011). Berdasarkan (NANDA-I, 2015) diagnosis keperawatan yang muncul pada fraktur femur adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, spasme otot, gerakan fragmen tulang, edema, cedera jaringan lunak, pemasangan traksi. Diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan dengan batasan karakteristik yaitu klien melaporkan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas, mengekspresikan perilaku

seperti dgelisah, menangis, merengek, waspada. Selain itu juga didapatkan keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri dari *Visual Analog scale (VAS)*.

3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan ada empat yaitu dengan menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi. Menentukan kriteria hasil perlu memperhatikan hal seperti yang bersifat spesifik, realistik, dapat diukur, dan berpusat pada pasien, setelah itu penulis perlu merumuskan rencana keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Intervensi yang dilakukan yaitu kaji factor penyebab nyeri, kualitas nyeri, penyebaran nyeri, skala nyeri dan lamanya nyeri. Selain itu tindakan keperawatannya yaitu terapi non farmakologi berbasis suhu dengan pemberian kompres dingin dan diharapkan dapat efektif dan mampu mencapai kenyamanan, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic dapat mengurangi dan menghilangkan nyeri.

E. Konsep Kompres Dingin

1. Definisi

Pengertian kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. (Price, 2005). Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema. Diperkirakan bahwa terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa persepsi dingin menjadi dominan dan mengurangi persepsi nyeri (Price, 2005).

2. Tujuan pemberian kompres dingin

- a. Meningkatkan vasokonstriksi
- b. Mengurangi edema
- c. Mengurangi nyeri
- d. Mengurangi atau menghentikan perdarahan

e. Mekanisme kompres terhadap tubuh (Hegner, 2003)

3. Kompres dingin mempengaruhi tubuh dengan cara :

- a. Menyebabkan pengecilan pembuluh darah (Vasokonstriksi)
- b. Mengurangi oedema dengan mengurangi aliran darah ke area luka.
- c. Mematirasakan sensasi nyeri.
- d. Memperlambat proses inflamasi.

4. Indikasi kompres dilakukan pada :

- a. Klien dengan perdarahan hebat
- b. Klien yang kesakitan
- c. Luka memar

5. Metode Kompres Dingin

- a. Kedalam sebuah kirbat es kita masukkan air es atau air dingin.
- b. Kompres menggunakan air dingin dilakukan didekat lokasi nyeri, disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, atau dilokasi yang terletak antara otak dan lokasi nyeri.
- c. Pemberian kompres menggunakan air dingin dapat dilakukan dalam waktu, <5 menit, 5-10 menit dan 20-30 menit (Potter & Perry, 2005).

6. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Memberikan Kompres Dingin :

- a. Perhatikan kulit pasien, kalau kulit pasien berwarna merah jambu masih bisa dilakukan pengompresan, tapi kalau kulit pasien berwarna merah gelap metode ini tidak dapat dilakukan (Bouwheizen, 2006).
- b. Pemberian metode ini tidak diberikan kepada pasien yang mempunyai alergi dingin

7. Jenis kompres dingin

- a. Kompres dingin lembab

Kompres lembab dapat menggunakan kasa atau kain yang dilembabkan dengan air dingin (es). Kompres dingin lembab diberikan selama 20 menit dengan suhu 15°C untuk mengurangi inflamasi dan pembengkakan.

- b. Rendam dengan air dingin

Rendam air dingin dilakukan dengan merendam bagian tubuh kedalam air dingin. Perendaman menggunakan air es dengan suhu 15°C selama 20 menit mungkin perlu ditambahkan air dingin untuk mempertahankan suhu selama prosedur perendaman.

c. Kompres dengan kantong es atau collar

Kompres ini dapat digunakan untuk klien yang mengalami keseleo otot, perdarahan local, hematoma setelah menjalani operasi. Kantong es merupakan alat yang ideal untuk mencegah edema, mengontrol perdarahan dan menganestesi / menghilangkan rasa nyeri pada bagian tubuh yang terluka, (Potter & Perry, 2006).

8. Cold Pack

Cold pack adalah pengganti biang es (Dry Ice) atau es batu. Bentuknya berupa gel ammonium-nitrate fertilizer dalam kontener yang tidak mudah pecah atau bocor. Jika biang es digunakan ia akan habis dan berubah menjadi gas karbon dioksida, sehingga hanya dapat digunakan sekali saja. Cold Pack dapat digunakan berkali-kali dengan hanya mendinginkan kembali kedalam lemari pembuat es (Freezer). Cold Pack atau yang lebih di kenal dengan nama "Blue Ice" merupakan produk alternatif pengganti Dry Ice & Es Batu. Ketahanan beku bisa mencapai 8-12 jam tergantung box yang di gunakan, pemakaiannya dapat berulang-ulang selama kemasan tidak bocor dan rusak (Marshall, 2016).

9. Keuntungan Menggunakan Cold Pack

- Cold Pack memiliki Indikator Warna, apabila telah siap dipakai maka warnanya akan merubah menjadi keputih-putihan
- Cold pack dapat digunakan berkali-kali, ekonomis dan efektif, dianjurkan untuk mengganti cairan/gel didalam coolpack minimal 1 (satu) kali setiap tahunnya.
- Cold Pack sangat fleksibel, bisa berbentuk plat plastic atau kantung plastic, sesuai dengan kebutuhan. Semua dalam kemasan yang tidak mudah bocor atau pecah.
- Cold Pack mengandung Anti Mikroba yang dapat mencegah terjadinya jamur, lumut, bau dan bakteri.

- e. Tahan lebih lama dan lebih dingin dari pada es batu biasa dan lebih stabil.
- f. Cold Pack aman, ramah lingkungan dan tidak beracun.
- g. Memiliki daya tahan pendinginan hingga 12 jam (Nortech Labs History, 2013).

10. Kemasan Cold Pack

- a. Sebaiknya kemasan Cold Pack yang hendak dibekukan atau hendak dibekukan kembali, dibersihkan terlebih dahulu.
- b. Jangan menggunakan benda tajam seperti pisau untuk membersihkan Cold Pack. Atau benda tumpul yang dapat mengakibatkan bocornya kemasan. Cukup dengan membilas dengan air atau merendamnya kedalam air.
- c. Cold Pack yang telah siap digunakan akan berwarna pudar, sedangkan yang belum siap digunakan akan berwarna tua.
- d. Salah satu bahan kimia Cold Pack memiliki kemampuan berbusa yang banyak, oleh karena itu jika kemasan bocor dan terkena air akan menghasilkan busa. Hal ini dapat digunakan untuk mengetahui apakah kemasan Cold Pack telah terjadi kebocoran atau tidak.
- e. Kemasan Cold Pack yang bocor sebaiknya tidak dipergunakan lagi, bungkus dengan kantong plastik untuk kemudian ditukarkan dengan kemasan yang masih baik.

11. Cara Menggunakan Cold Pack

- a. Untuk pembekuan pertama kali, sebaiknya Cold Pack dimasukkan ke dalam freezer selama 24 jam. Supaya hasilnya bisa maksimal. Untuk selanjutnya cukup disimpan dalam freezer selama 8 jam. (semakin lama disimpan, akan semakin baik hasilnya).
- b. Supaya tetap beku dan bertahan lama, sebaiknya Cold Pack dibekukan dengan menggunakan freezer bersuhu minus tinggi, seperti chest freezer atau LTU yang suhu bekunya di atas -200C.
- c. Tutup rapat kantong plastik atau bag yang sudah ditaruh Cold Pack agar tidak ada udara yang keluar masuk.

- d. Jika Cold Pack sudah kembali ke kondisi semula/tidak dingin lagi atau tidak dipergunakan sebaiknya dimasukkan ke dalam freezer.
- e. Cold Pack dapat digunakan lebih dari 2 Tahun, selama kemasan tidak bocor atau pecah.

12. Mekanisme kompres dingin pada nyeri fraktur

Fraktur ekstremitas tertutup adalah terputusnya kontinuitas tulang, dimana fragmen tulang tidak berhubungan dengan dunia luar, mengakibatkan terjadinya pendarahan dan kerusakan jaringan lunak disekitar fraktur. Fraktur menyebabkan adanya kerusakan jaringan pada tubuh, sebagai responnya tubuh mengeluarkan zat neurotransmitter (prostaglandin, bradikinin, histamin, serotonin), yang kemudian stimulus tersebut dibawa oleh serabut aferent (serabut C dan A Delta) menuju medulla spinalis kemudian diteruskan menuju korteks serebri untuk diinterpretasikan lalu hasilnya dibawa oleh serabut aferent dan tubuh lalu mulai berespon terhadap nyeri. Bila suatu otot mengalami cedera, respon alamiah otot adalah berkontraksi, sehingga dapat membebat dan melindungi daerah yang cedera.

Kontraksi otot yang berkepanjangan akan terasa nyeri dan menyebabkan pembengkakan (edema muncul secara tepat dari lokasi dan ektravaksi darah dalam jaringan yang berdekatan) kompres dingin dapat menurunkan nyeri dan merelaksasi otot serta menurunkan kontraktilitas otot dengan cara menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Efek fisiologis terapi dingin dapat menurunkan suhu pada kulit dan jaringan yang berada dibawahnya serta dapat menyebabkan vasokonstriksi. Vasokonstriksi menurunkan aliran darah ke area yang terkena kemudian dapat mengurangi suplai oksigen serta metabolik, menurunkan kecepatan pembuangan zat sisa, dan menyebabkan pucat dan dingin pada kulit.

Terapi dingin sering kali digunakan pada klien yang mengalami cedera sprain, strain, dan fraktur untuk menghambat pembengkakan dan perdarahan yang terjadi setelah cedera. Untuk memberikan efek terapeutik

yang diharapkan (mengurangi nyeri), sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar antara 15°C-18°C), karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi (Smeltzer & Bare, 2012).



BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

Dalam bab akan menguraikan hasil asuhan keperawatan beserta analisis pada klien Tn. A dengan masalah utama nyeri akut diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjaranie pada tanggal 10 Desember 2018. Adapun pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan yang akan diuraikan secara rinci pada bab ini. Pengkajian dilakukan pada Tn. A. tanggal 10 Desember 2018 dan didapatkan data sebagai berikut :

A. Pengkajian Keperawatan

Tn. A, berusia 39 tahun merupakan salah satu pasien yang datang ke IGD RSUD AWS dengan keluhan nyeri pada kakinya. Klien merupakan pasien yang beragamakan islam dengan latar belakang pendidikan terakhir SMP, pekerjaan pasien sehari-hari adalah seorang pekerja serabutan, status pernikahan pasien saat ini menikah, Nomor Rekam Medis 01038847, pasien saat ini tinggal dan beralamatkan di Jln. Gerilya. Hasil wawancara dengan pasien yang dilakukan tanggal 10 Desember 2018 didapatkan bahwa keluhan pasien berada di IGD yaitu nyeri pada paha dan pasien masuk dengan diagnosa medis Close Fracture Femur Dexstra pasien masuk dalam kategori gawat tidak darurat.

Keluhan Utama : *“paha saya sakit habis jatuh dari motor “*. P: Paha sebelah kanan, nyeri jika digerakkan, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: paha sebelah kiri, S : Skala nyeri 9 saat dilakukan pengkajian, T: Terus menerus, rasa nyeri hilang jika posisi enak dan tidak bergerak. Mekanisme cedera yang dialami oleh klien yaitu saat klien akan pergi mengantar anaknya untuk terapi di RS Atma Husada Smd tiba-tiba dalam perjalanan klien tidak melihat bahwa ada jalan rusak didepan dan klien mencoba untuk menghindarinya saat klien menghindari tiba-tiba ada mobil didepan klien refleks mengerem kendaraannya dan kemudian klien langsung terjatuh ke samping kanan dan motor yang dikendarainya rebah ke arah kanan dan kaki kanannya tertimpa motor sekitar pukul 11.30 WITA. Warga sekitar yang melihat kejadian

tersebut segera menghubungi ambulance dari RS Dirgahayu, dan kemudian langsung melarikan klien ke rumah sakit.

Klien datang ke IGD RS AWS sekitar pukul 17.00 WITA datang dengan rujukan dari RS Dirgahayu dari hasil anamnesa di Di IGD RS AWS didapatkan data bahwa klien mengalami kejadian KLL. Orientasi baik, klien dapat menyebutkan tempat waktu dan orang yang di sekelilingnya. Jalan nafas paten, tidak ada suara nafas tambahan. Pergerakan dinding dada simetris, irama nafas teratur, tidak ada retraksi otot dada. Nadi teraba kencang, CRT : < 2 detik. Kesadaran compos mentis, GCS 15, ada reflek cahaya, dan pupil isokor. TD : 146 / 62 mmHg, N : 124 x/menit, RR : 22 x/menit, S : 38 C, Spo2 : 99%. Pada Exposure terdapat deformitas, contusion dan edem ada pada paha kanan. Saat di IGD klien hanya tampak berbaring ditempat tidur dan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya selama di IGD seperti makan minum dan berganti pakaian klien harus dibantu oleh keluarga. Klien juga dilakukan pemeriksaan *rontgen* ulang, setelah diketahui klien mengalami fraktur dextra dan keluarga menyetujui untuk di operasi maka dilakukan pemeriksaan laboratorium serta EKG. Klien mendapatkan terapi pemasangan infus RL 20 tpm dan terapi injeksi Santagesik 1x1 amp per IV sejak klien masih berada di RS Dirgahayu. Pukul 21.30 dilakukan pemasangan skin traksi dan injeksi dexametazone untuk mengatasi alergi pada obat santagesik yang diberikan sebelumnya, kemudian pukul 22.30 WITA klien dipindahkan ke bangsal Aster sambil menunggu jadwal operasi.

Klien memiliki alergi terhadap makanan laut dan obat-obatan tertentu, saat ini klien tidak sedang mengkonsumsi obat-obatan. Klien tidak memiliki riwayat penyakit yang serius, bila sakit klien langsung di bawa ke Puskesmas/mantri terdekat di daerahnya. Klien tidak memiliki riwayat penyakit Gula darah, Jantung dan Hipertensi. Makan minum terakhir makan nasi putih dengan sayur dan ikan sedikit dan mium air \pm 3 gelas, terakhir Jam 11.00.

Berdasarkan pada hasil dari pengkajian psikologis klien, didapatkan data tentang kondisi emosi klien tampak naik turun, klien tampak sesekali bersedih jika teringat kejadian saat ini. Saat bercerita tampak sekali klien menyesali

kejadian yang telah terjadi hingga bisa membawanya sampai ke RS. Saat berkomunikasi, mimik muka pasien tampak sesuai dengan keadaan yang sedang dirasakannya sekarang. Wajah terlihat tegang, khawatir, takut dan kontak mata tampak sesekali melihat ke perawat.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum pasien baik dan kooperatif, Kepala dan Leher: Simetris, Tidak ada luka, kulit kepala bersih, rambut berwarna Hitam bercampur putih. Leher simetris tidak ada luka dan masa. Tidak ada massa dan benjolan, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada, tidak ada peningkatan *Jugular Venous Pressure*. Dada: Simetris antara kiri dan kanan, Retraksi otot dada (-), Tidak ada luka, tidak ada jejas tidak ada deformitas, Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada massa, Sonor seluruh lapang dada, Suara nafas Vesikuler, tidak ada *Wheezing* , tidak ada *Ronkhi*, BJ S1 S2 tunggal. Abdomen: Tidak ada asites, tidak ada luka, tidak ada massa, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati, tidak ada benjolan, tidak ada udem, timpani seluruh lapang abdomen, bising usus 6x/permenit. Pelvis: Simetris, tidak ada jejas, tidak ada luka, tidak ada deformitas, tidak ada Fraktur, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba Fraktur/krepitasi. Ektremitas atas: Tidak ada luka dan lesi, tangan kiri terpasang infuse RL 20 tpm, ektremitas atas dapat digerakkan dengan bebas dan tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan tidak ada benjolam dan Massa, tangan kanan dan kiri dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal. Ektremitas bawah: Tidak ada luka dan lesi, ada deformitas, Kaki kanan tidak dapat bebas bergerak. Ada gerakan pada sendi kaki kanan tetapi tidak dapat melawan gravitasi, udem ada pada paha kanan, kaki kiri klien dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal, paha kanan udem dan teraba hangat, kekuatan otot

5	5	Punggung: Simetris tidak ada luka lecet, tidak ada cacat, tidak ada
2	5	tonjolan, tidak ada deformitas. Tidak ada massa, tidak ada nyeri
		tekan, tidak ada benjolan dan tidak terdapat deformitas.

Pemeriksaan Penunjang lain yaitu hasil *Elektro Kardio Grafi* (EKG) Irama : Reguler / Teratur, Heart Rate : 22x/ Menit, Kesimpulan : Sinus Rythem, Rontgen : *Close fracture femur sinistra* (foto terlampir). Pengobatan IVFD RL

20 tpm, injeksi ketorolac 3x1 amp, skin traksi 4-5 kg. Pemeriksaan Laboratorium, Leukosit : 11.55(4.80-10.80 $10^3/\mu\text{L}$), Eritrosit : 4.14(4.70-6.10 $10^6/\mu\text{L}$), Hemoglobin : 11.0(14.0-18.0 g/dL), Hematokrit : 32.8(37.0-54.0%), Glukosa sewaktu : 197(70-140 mg/dL), Chloride : 109(98-108 mg/L).

B. Analisa Data

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisis data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien. Hasil analisis data terdapat pada tabel 3.1 dibawah ini:

Tabel 3.1 Analisis Data dan Diagnosis Keperawatan

Data Klien	Masalah Keperawatan
DS : - Klien mengatakan "Paha saya sakit sekali mbak" P : Trauma (jatuh dari motor) Q : seperti tertusuk-tusuk R : Paha sebelah kanan S : 9 (berat) T : klien mengatakan 3 menit sekali setelah bergerak DO : - Klien tampak tidak nyaman dan meringis kesakitan sambil tangannya memegang paha. - Klien terlihat gelisah - Terpasang spalk TD : 146/62 mmHg N : 69x/menit RR : 20x/menit S : 38°C	Domain 12 : Kenyamanan Kelas 1: Kenyamanan Fisik Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut (00132)
DS : Klien mengatakan "Kaki saya sakit kalau digerakkan" DO : - Tampak hanya berbaring ditempat tidur - Sulit untuk membolak-balik posisi - Tampak kesakitan saat kakinya digerakkan - Dibantu oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti minum dan berganti berpakaian	Domain 4 : Aktivitas/Istirahat Kelas 2 : Aktivitas/Olahraga Diagnosa keperawatan : Hambatan Mobilitas Fisik

-
- Merasa tidak nyaman (00085)
 - Tremor jika kaki digerakkan
 - MMT : $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$
 - Trauma muskuloskeletal
 - Hasil foto rontgen (terlampir)
-

DS :	Domain 9 :
Klien mengatakan “Mbak, kaki saya harus dioperasi kah, kira-kira sembuhnya lama gak”	Koping/Toleransi Stres
DO :	Kelas 2 :
<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak khawatir - Klien tampak ketakutan - Klien tampak tegang - Klien tampak melihat sepintas - Klien tampak sesekali bercerita dan mengatakan menyesal atas peristiwa yang terjadi - Klien selalu menanyakan tindakan perioperative yang akan dilakukan 	Respons Koping Diagnosa keperawatan : Ansietas (00146)

C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan NANDA-I 2015, didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan berdasarkan pada hasil data, yaitu Nyeri Akut, Hambatan mobilitas fisik dan Ansietas. Masalah utama yang di angkat yaitu nyeri. Hal ini karena nyeri merupakan keluhan utama dan cukup mengganggu aktivitas dan kenyamanan. Hal ini ditunjukan dengan respons klien yang menunjukkan rasa ketidaknyamanan seperti gelisah, terutama pada saat berusaha melakukan perubahan posisi. Oleh karena itu, dalam karya ilmiah ini penulis akan membahas masalah utama klien yaitu nyeri, walaupun demikian, masalah keperawatan lainnya juga tetap dilakukan intervensi.

D. Rencana Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri Akut

a. Rencana Intervensi Keperawatan

Nyeri akut merupakan masalah keperawatan yang pertama, berdasarkan *Nursing Outcomes Classification* (NOC) tahun 2013

adapun tujuan umum dari asuhan keperawatan yang diberikan dalam mengatasi nyeri akut yaitu tingkat nyeri dapat berkurang dengan indikator adanya penurunan skala nyeri, frekuensi nyeri, ekspresi wajah dan frekuensi nadi. Tujuan umum lainnya yaitu nyeri terkontrol dengan indikator pasien dapat mengenal faktor-faktor penyebab, tindakan pertolongan non farmakologi, dan nyeri terkontrol. Untuk mencapai tujuan guna mengatasi masalah nyeri akut yaitu dengan manajemen nyeri berdasarkan *Nursing Interventions Classification* (NIC) tahun 2013 yaitu dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, rekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus), observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, pastikan perawatan analgetik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri, gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri, kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis; suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (mis : farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai dengan kebutuhan, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti , biofeedback, TENS, hypnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, aplikasi panas/dingin dan pijatan, sebelum, sesudah dan jika memungkinkan ketika melakukan aktivitas yang menimbulkan nyeri, sebelum nyeri terjadi atau meningkat, dan bersamaan dengan tindakan penurun rasa nyeri lainnya), dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri dan libatkan keluarga dalam modalitas penurun nyeri, jika memungkinkan.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas pada klien kelolaan yaitu nyeri akut, tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan

yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali intervensi diharapkan level nyeri klien dapat berkurang. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan adanya penurunan skala, lama nyeri dan ekspresi wajah.

Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri pada klien yaitu manajemen nyeri dengan teknik non farmakologi yaitu dengan melakukan kompres dingin. Manajemen nyeri juga perlu dilakukan dengan mengobservasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan yang dirasakan klien. Manajemen nyeri yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

b. Implementasi

Implementasi keperawatan unggulan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan kompres dingin dengan menerapkan prinsip teknik non farmakologi. Intervensi dilakukan sebanyak 2 kali selama 15 menit pada tanggal 10 Desember 2018. Intervensi keperawatan dapat berjalan lancar sesuai dengan prosedur yang ada. Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan, *cold pack* dan *handscoen* yang digunakan sebagai pendukung dalam melakukan intervensi pun mudah didapatkan.

Meskipun demikian terdapat kendala kecil yang ditemukan dalam melakukan kompres dingin terkait dengan waktu pasien yang begitu singkat saat berada di IGD dengan kegiatan intervensi yang diberikan. Selain dengan melakukan kompres dingin, intervensi lain juga diberikan untuk mengatasi masalah nyeri. Klien dilatih untuk menggunakan teknik non farmakologi yang lain seperti relaksasi nafas dalam saat nyeri terasa bersamaan dengan diberikannya intervensi kompres dingin.

c. Evaluasi

Setelah diberikan intervensi dari masalah nyeri klien didapatkan hasil yaitu, adanya perubahan pada skala nyeri klien. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien menyatakan merasa lebih nyaman, dan klien juga mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang. Evaluasi objektif yang didapatkan dari hasil intervensi yaitu klien wajah tampak terlihat tidak meringis, dan skala nyeri yang dirasakan sudah berkurang dari skala 9 menjadi skala 7.

2. Hambatan mobilitas fisik

a. Rencana intervensi keperawatan

Hambatan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan yang kedua, yang juga perlu diberikan intervensi. Adapun tujuan umum dari asuhan keperawatan yang diberikan dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik yaitu membantu klien dalam memenuhi kebutuhan ADL, meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah memperagakan penggunaan alat bantu untuk bantuan mobilisasi jika perlu.

b. Implementasi

Implementasi yang dilakukan agar hambatan mobilitas pasien dapat teratasi yaitu dengan, tempatkan matras atau Kasur terapeutik dengan cara yang tepat, posisikan sesuai body alignment yang tepat, hindari menggunakan kain linen kasur yang teksturnya kasar, tinggikan teralis tempat tidur dengan cara yang tepat, balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai dengan jadwal yang spesifik, monitoring kondisi kulit, ajarkan latihan di tempat tidur dengan cara yang tepat, memobilisasi dini pasien untuk menurunkan komplikasi tirah baring. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien, berikan alat bantu

jika klien memerlukan. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

c. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, masalah hambatan mobilitas fisik dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan terget waktu intervensi. Evaluasi subjektif yang didapatkan dari pasien yaitu pasien menyatakan bahwa jika masih kesulitan dalam bergerak dan setiap habis bergerak pahanya masih terasa sakit. Hasil evaluasi objektif dari intervensi yang telah dilakukan klien masih mengalami keterbatasan dalam rentang gerak serta kesulitan dalam membolak-balik posisi.

3. Ansietas

a. Rencana intervensi keperawatan

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan dengan masalah ansietas untuk mengatasi kecemasan pasien yaitu dengan memantau intensitas kecemasan, mengurangi penyebab kecemasan, mengurangi rangsang lingkungan ketika cemas, mencari informasi untuk mengurangi kecemasan, menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan, memantau manifestasi perilaku dari kecemasan, mengendalikan respon kecemasan.

b. Implementasi

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas pada pasien yaitu dengan mempertahankan sikap yang tenang dan hati-hati, pertahankan kontak mata, kurangi stimulus yang menciptakan perasaan takut maupun cemas, yakinkan dan keselamatan dan keamanan klien, identifikasi orang-orang terdekat klien yang bisa membantu klien, duduk dan bicara dengan klien, instruksikan klien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan dengan (teknik bernafas dalam, distraksi, visualisasi, meditasi, relaksasi otot progresif, mendengar musik-musik lembut) jika diperlukan.

c. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, masalah ansietas dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait masalah penurunan curah jantung. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien menyatakan bahwa dirinya sudah menerima musibah yang terjadi pada dirinya saat ini dan siap untuk menjalankan prosedur perioperatif yang sudah direncanakan. Evaluasi objektif didapatkan tidak ada peningkatan frekuensi nadi, nadi dalam batas normal $N : 72x/I$, klien tampak terlihat lebih rileks.

E. Asuhan keperawatan pasien Resume I

Nama Tn. I, usia 54 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai wiraswasta, status pernikahan pasien saat ini menikah, Nomor Rekam Medis 01036854, alamat tempat tinggal Makroman, masuk dengan diagnosa medis Close Fracture Patella Sinistra. Pengkajian dilakukan pada Tn. I tanggal 06 Desember 2018 pukul 10.40 WITA. Pasien masuk dalam kategori gawat tidak darurat.

Keluhan Utama : "lutut saya sakit habis jatuh terpeleset dari tangga". P : Lutut sebelah kiri, nyeri jika digerakkan, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : Lutut sebelah kiri, S : Skala nyeri 8 saat dilakukan pengkajian, T: Terus menerus, rasa nyeri hilang jika posisi enak dan tidak bergerak. Mekanisme cedera yang dialami oleh klien yaitu jatuh terpeleset di tangga saat pulang ingin menebang pohon yang ada di depan rumah sekita pukul 09.00 WITA. Kaki kanan klien terpeleset saat menaiki anak tangga dan terjatuh lalu lutut sebelah kiri terbentur di anak tangga tersebut. Sempat dilakukan 3 kali pemijatan oleh tukang urut, hingga akhirnya klien di rujuk ke rumah sakit AWS. Orientasi baik, Klien dapat menyebutkan tempat waktu dan orang yang di sekelilingnya. Jalan nafas paten, tidak ada suara nafas tambahan. Pergerakan dinding dada simetris, irama nafas teratur, tidak ada retraksi otot dada. Nadi teraba kencang, CRT : < 2 detik. Kesadaran compesmentis, GCS 15, ada reflek cahaya, dan pupil isokor. TD : 140 / 70 mmHg, N : 69 x/menit,

RR : 22 x/menit, S : 37,7oC, Spo2 : 99%. Pada Exposure terdapat deformitas, contusion dan edem ada pada lutut kiri.

Berdasarkan pada data yang didapat pada klien mengalami nyeri akut tujuan umum dari intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali intervensi dalam 1 jam diharapkan nyeri akut klien tidak bertambah parah dan klien dapat mengontrol nyerinya. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan adanya penurunan skala, lama nyeri dan ekspresi nyeri pada wajah. Oleh karena itu diperlukan rencana intervensi untuk mencapai tujuan guna mengatasi masalah nyeri akut yaitu dengan menggunakan teknik non farmakologi dengan memberikan kompres dingin.

Implementasi yang dilakukan pada klien Tn. I yaitu dengan memberikan edukasi pada klien tentang manfaat dan tujuan dari kompres dingin, serta bersama-sama dengan klien mengidentifikasi adanya kontraindikasi dari kompres dingin. Klien diberikan kompres pada saat klien sedang nyeri, klien diberikan kompres dingin jika nyeri yang dirasakan timbul kembali. Selain tindakan mandiri keperawatan, terdapat tindakan kolaborasi dengan farmakologis untuk penatalaksanaan nyeri, dan klien juga mendapatkan terapi santagesik.

Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan pada Tn. I terkait masalah nyeri akut, evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan nyeri berkurang dari skala 8 menjadi skala 7, namun jika klien terlalu banyak aktivitas bergerak dan, klien kembali merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. Evaluasi obyektif didapatkan klien tampak lebih tenang dan ekspresi nyeri klien berkurang dan klien terlihat lebih nyaman.

F. Asuhan keperawatan pasien Resume II

Nama Tn. M, usia 36 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai wiraswasta, status pernikahan pasien saat ini menikah, Nomor Rekam Medis 01032710, alamat tempat tinggal jln. Merbabu RT. 09, masuk dengan diagnosa medis *Close Fracture Scapula Sinistra*. Pengkajian dilakukan pada Tn. M tanggal 11 Desember 2018 pukul 14.40 WITA. Pasien masuk dalam kategori gawat tidak darurat.

Keluhan Utama : “bahu saya sakit habis jatuh dari motor“. P : bahu sebelah kiri, nyeri jika digerakkan, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : bahu sebelah kiri, S : Skala nyeri 9 saat dilakukan pengkajian, T : Terus menerus, rasa nyeri hilang jika posisi enak dan tidak bergerak. Mekanisme cedera yang dialami oleh klien yaitu klien mengalami kecelakaan lalu lintas saat klien ingin mendahului tronton yang ada di depannya tiba-tiba saja mobil tersebut berhenti dan motor yang dikendarai oleh klien langsung terjatuh ke arah kiri dan sisi belakang mobil mengenai bahu klien sekitar pukul 12.30 WITA. Orientasi baik, Klien dapat menyebutkan tempat waktu dan orang yang ada sekelilingnya. Jalan nafas paten, tidak ada suara nafas tambahan. Pergerakan dinding dada simetris, irama nafas teratur, tidak ada retraksi otot dada. Nadi teraba kencang, CRT : < 2 detik. Kesadaran compos mentis, GCS 15, ada reflek cahaya, dan pupil isokor. TD : 130 /80 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 22 x/menit, S : 36,7⁰C, Spo2 : 99%.

Berdasarkan pada data yang didapat, dengan klien nyeri akut. Tujuan umum dari intervensi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 kali intervensi dalam 1 jam diharapkan nyeri akut klien tidak bertambah parah dan klien dapat mengontrol nyerinya. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan adanya penurunan skala, lama nyeri dan ekspresi nyeri pada wajah. Oleh karena itu diperlukan rencana intervensi untuk mencapai tujuan guna mengatasi masalah nyeri akut yaitu dengan menggunakan teknik non farmakologi dengan memberikan kompres dingin.

Implementasi yang dilakukan pada klien Tn. I yaitu dengan memberikan edukasi pada klien tentang manfaat dan tujuan dari kompres dingin, serta bersama-sama dengan klien mengidentifikasi adanya kontraindikasi dari kompres dingin. Klien diberikan kompres pada saat klien sedang nyeri, klien diberikan kompres dingin jika nyeri yang dirasakan timbul kembali. Selain tindakan mandiri keperawatan, terdapat tindakan kolaborasi dengan farmakologis untuk penatalaksanaan nyeri, dan klien juga mendapatkan terapi santagesik.

Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan pada Tn. M terkait masalah nyeri akut, evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan nyeri

berkurang dari skala 9 menjadi skala 8, namun jika klien terlalu banyak aktivitas bergerak dan, klien kembali merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. Evaluasi obyektif didapatkan klien tampak lebih rileks dan ekspresi nyeri klien berkurang dan klien terlihat lebih nyaman.

G. Perbandingan hasil intervensi

Kompres dingin dengan cold pack yang dilakukan sebagai teknik non farmakologi dalam penanganan nyeri pada klien kelolaan dan pasien resume. Secara umum terjadi penurunan skala nyeri pada intervensi pemberian kompres dingin dengan cold pack.

Grafik 3.1 perbandingan frekuensi skala nyeri pada klien kelolaan dan resume



Berdasarkan pada grafik 3.1 tampak adanya penurunan skala nyeri pada ketiga pasien. Namun, pada pasien Tn. I dan pasien Tn. M tampak adanya frekuensi penurunan skala nyeri yang sama dibandingkan dengan pasien Tn. M yang hanya mengalami selisih penurunan 1 skala antara sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 3.2 perbandingan skala nyeri pada klien Kelolaan dan Resume

Nama Klien	Skala Nyeri		Selisih
	Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi	
Tn. A	9	7	2
Tn. I	8	7	1
Tn. M	9	8	1

Tabel 3.2 menggambarkan adanya perubahan signifikan pada Tn. A dengan selisih skor antara sebelum dan sesudah intervensi sebesar 2 poin. Hal ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri setelah diberikan intervensi kompres dingin dengan *coldpack*.



BAB IV

ANALISIS SITUASI

Pada bab ini penulis akan membahas masalah yang muncul dalam Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa Medis Close fracture femur dextra di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun yang menjadi lingkup pembahasan meliputi Profil Lahan Praktik, pengkajian, diagnosa keperawatan dan Analisis Penyelesaian masalah keperawatan. Penulis mengelola Tn. A selama 1 hari dalam waktu 8 jam di Ruang IGD Pada tanggal 10 Desember 2018, penulis melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik pada Tn. A serta studi dokumentasi dengan pembelajaran rekam medis pasien dan studi kepustakaan. Penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan Asuhan Keperawatan kasus yang terjadi pada klien sebagai berikut.

A. Analisis Profil

Tempat lahan praktik dilakukan di instalasi gawat darurat RSUD AWS Samarinda, terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu dan sebagai *Top Referral* kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014 (www.rsudaws.com). Gambaran visi dan misi RSUD AWS Samarinda :

1. Visi

Menjadi Rumah Sakit bertaraf International pada tahun 2018.

2. Misi

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan bertaraf International
- b. Mengembangkan Rumah Sakit sebagai pusat pendidikan dan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan

3. Falsafah

Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian

RSUD Abdul Wahab Sjahranie didirikan tahun 1974. Saat ini RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda merupakan rumah sakit rujukan tertinggi

di Kalimantan Timur yang telah terakreditasi paripurna dan lulus akreditasi sebagai rumah sakit pendidikan di tahun 2017.

IGD RSUD AWS Samarinda adalah instalasi yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan rangkaian dari upaya penanggulangan penderita gawat darurat serta evakuasi medis selama 24 jam. Bentuk pelayanan utama berupa pelayanan penderita yang mengalami keadaan gawat darurat dan untuk selanjutnya dikoordinasikan dengan bagian atau unit lain yang sesuai dengan kasus penyakitnya. Pelayanan IGD RSUD AWS Samarinda bertujuan agar tercapainya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat yang optimal, terarah, terpadu dengan fokus utama adalah mencegah kematian dan kecacatan.

IGD RSUD AWS Samarinda memiliki 112 pegawai yang terdiri dari 1 dokter anastesi sebagai kepala instalasi yaitu dr. Mulyono, Sp.An. , 13 dokter umum yang dibagi dalam 3 shift, 9 bidan yang dibagi dalam 3 shift dan 66 perawat yang juga dibagi dalam 3 shift, selain itu terdapat 10 pegawai POS (pembantu orang sakit) , 1 administrasi umum, 5 operator *billing system* dan administrasi keuangan dan 8 petugas kebersihan yang juga dibagi dalam 3 shift. Kepala Ruangan IGD adalah Bapak Agus Salim S.Kep.

IGD RSUD AWS Samarinda terdiri dari pelayanan triage, ruang pelayanan resusitasi, ruang pelayanan Bedah, ruang pelayanan non Bedah, ruang dekontaminasi dan luka bakar, ruang isolasi, ruang tindakan, ruang anak, ruang kebidanan dan ruang *Boarding*, untuk pasien yang belum mendapatkan ruangan rawat inap. IGD RSUD AWS Samarinda difasilitasi 5 ambulance dan 36 tempat tidur.

B. Analisa Masalah Keperawatan pada pasien dengan konsep Kasus Terkait

Pengkajian merupakan tahapan awal dan landasan dalam proses asuhan keperawatan, oleh karena itu diperlukan ketepatan dan ketelitian dalam mengenali masalah-masalah yang muncul pada klien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat (Muttaqin, 2008). Pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan rekam medis.

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, tulang rawan sendi, tulang rawan epifisis baik bersifat total ataupun parsial yang umumnya disebabkan oleh tekanan yang berlebihan, sering diikuti oleh kerusakan jaringan lunak dengan berbagai macam derajat, mengenai pembuluh darah, otot dan persarafan. Trauma yang menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung.

Mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis klien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Beberapa fraktur sering langsung tampak jelas, beberapa lainnya terdeteksi hanya dengan rontgen (sinar-x). Menurut Black & Hawks (2014) salah satu manifestasi klinis dari fraktur adalah nyeri selain itu juga meliputi pembengkakan, deformitas, memar, spasme otot, kehilangan fungsi, gerakan abnormal dan krepitasi.

Saat pengkajian pada Tn. A ditemukannya pembengkakan pada paha kanan, dan keterbatasan dalam gerak, tidak bisa mobilisasi secara mandiri klien juga mengeluh nyeri hebat dengan skala 9. Saat dilakukan rontgen didapatkan hasil bahwa Tn. A mengalami close fracture (hasil rontgen terlampir).

Berdasarkan data hasil pengkajian pada Tn. A didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (Nanda, 2015-2017). Diagnosa nyeri akut tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif dimana klien mengeluh nyeri pada paha kanannya, nyeri senut-senut seperti tertusuk jarum dengan skala nyeri 9 (rentang 0 - 10), nyeri hilang timbul dan bertambah kuat ketika digerakkan. Secara objektif didapatkan data bahwa terdapat pembengkakan pada femur dextra, tekanan darah 146/62 mmHg, nadi 124 x/mnt dan pernafasan sebanyak 22 x/mnt ekspresi wajah tegang seperti menahan rasa sakit.

Penulis memilih nyeri akut menjadi diagnosa keperawatan dengan *high priority* (prioritas pertama) yang harus diselesaikan dikarenakan nyeri merupakan kejadian yang menekan (stress) dan dapat merubah gaya hidup dan psikologis seseorang. Hal ini berakibat meningkatkan tanda-tanda vital, denyut jantung akan lebih cepat, tekanan darah naik, pernafasan meningkat serta menimbulkan kecemasan. Menurut penulis jika nyeri ini tidak segera

diatasi akan mengganggu proses pelaksanaan keperawatan lainnya dan memperlambat proses penyembuhan. Diagnosa nyeri akut ditegaskan berdasarkan teori dalam NANDA 2015-2017 dengan kode 00132 yang diartikan sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal sedemikian rupa, kemudian awitan dinyatakan sebagai nyeri akut adalah awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan sedang sampai berat yang sekiranya dapat diatasi dalam waktu kurang dari 6 bulan. Etiologi diangkat berdasarkan faktor yang berhubungan dalam nanda yaitu agens cedera fisik dimana dalam kasus fraktur yang dialami Tn. A ini nyeri yang muncul adalah proses peradangan akibat cedera jaringan.

C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep Kasus Terkait

Intervensi keperawatan merupakan kategori perilaku perawat yang bertujuan menentukan rencana keperawatan yang berpusat kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegaskan sehingga tujuan tersebut terpenuhi (Potter & Perry, 2008). Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini penulis menyusun intervensi berdasarkan *Nursing Intervention Clasification* (NIC) dan *Nursing Outcame Clasifikasin* (NOC).

Intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik disusun berdasarkan NOC yaitu setelah dilakukan keperawatan selama 1x8 jam maka nyeri terkontrol dengan kriteria hasil pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang dari 9 menjadi 7 dan tanda tanda vital dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang disusun adalah dengan managemen nyeri dimana dalam NIC berkode 1400 yang meliputi: kaji nyeri (lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, intensitas, factor pencetus), observasi tanda non verbal dari ketidaknyamanan, memonitor tanda tanda vital, kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien, ajarkan tehnik non farmakologis kepada pasien dan keluarga: kompres dingin dan kolaborasi medis (pemberian analgetik).

Kompres dingin menjadi fokus utama penulis dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap masalah nyeri akut yang dialami Tn. A. Berdasarkan teori kompres dingin merupakan salah satu bentuk intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri, terutama nyeri yang bersifat akut (Purwaningsih *et al*, 2015). Dalam intervensi ini perawat memberikan kompres dingin pada area yang cidera dengan suhu yang tidak terlalu dingin menggunakan *cold pack*. 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. Kompres dingin 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 (Anugerah *et al*, 2017).

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2008). Diagnosa nyeri akut implementasi pertama dilakukan dengan mengukur kualitas nyeri pasien dengan PQRST dan didapatkan hasil P (provoking incident) klien mengeluh nyeri pada paha kanan, Q (quality) nyeri senut-senut seperti tertusuk-tusuk, R (region) paha (femur) sebelah kanan dengan S (scale) skala nyeri 9, T (time) nyeri hilang timbul dan bertambah kuat ketika digerakkan.

Respon non-verbal nampak klien meringis menahan rasa sakit dengan wajah tegang dan bertambah kesakitan sesaat dilakukan pergerakan pada kaki sebelah kanan. Memonitor tanda-tanda vital dengan respon tekanan darah 146/62 mmHg, nadi 69 x/menit dan pernafasan, 22 x/menit. Tanda-tanda vital tersebut dilakukan untuk memberikan gambaran lengkap mengenai kardiovaskuler. Memonitor tanda-tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh dan digunakan untuk memantau perkembangan pasien.

Tindakan selanjutnya adalah memberikan kompres dingin pada pasien. Respon yang ditunjukkan pasien adalah pasien merasa nyaman dengan apa yang diberikan. Kompres dingin yang diberikan adalah dengan berdasarkan pada penelitian Mediarti *et al* (2015) yaitu, pemberian kompres dingin pada pasien dengan nyeri dimana pemberian kompres dingin tersebut diberikan pada area yang cidera atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar antara 15°C-18°C karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi.

Pada kasus Tn. A evaluasi dilakukan pada tanggal 10 Desember 2018 pukul 22.00 WITA dengan metode SOAP (subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning). Hasil evaluasi pada Tn. A didapatkan data bahwa klien mengatakan nyeri sudah berkurang pada paha kanan (P) dengan kualitas nyeri senut senut seperti ditusuk-tusuk (Q), pada daerah paha kanan atas (femur) (R), dengan skala berkurang menjadi 2 (S), dan nyeri hilang timbul (T). Data objektif yang didapatkan adalah pasien lebih tenang dengan tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi 85 kali permenit, pernafasan 20 kali permenit dan suhu 37.0 °C. Berdasarkan data tersebut maka masalah keperawatan nyeri akut pada Tn. A dinyatakan teratasi yang ditandai dengan menurunnya intensitas nyeri dari skala 9 menjadi 7 dengan tanda-tanda vital dalam rentang normal. Dapat dinyatakan juga bahwa kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri pada Tn. A dengan fraktur tertutup. Rencana tindak lanjut yang disusun adalah tetap memonitor kualitas nyeri, motivasi untuk melakukan kompres dingin jika nyeri datang dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai nyeri dalam proses rehabilitasi berikutnya.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Alternatif pemecahan masalah masalah intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan fraktur adalah dengan memberikan pengetahuan dan mengajarkan tentang pengelolaan penurunan intensitas nyeri, secara non farmakologi. Tenaga kesehatan khususnya perawat yang memberikan asuhan keperawatan

pada pasien dengan keluhan nyeri diharapkan memberikan asuhan keperawatan pasien tidak selalu hanya beraspek farmakologi, tetapi juga non-farmakologi seperti terapi kompres dingin pada penderita fraktur terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien dan keluarga. Hal itu dilakukan sebagai upaya mendukung dan kombinasi pelaksanaan antara kegiatan mandiri perawat dan advice pengobatan medis, sehingga pengetahuan penatalaksanaan manajemen untuk penurunan intensitas nyeri tidak selalu terfokus pada pengobatan jenis farmakologi saja dan bisa diterapkan pada pasien saat pulang ke rumah.

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien kelolaan dapat diatasi bila terjadi hubungan terapeutik perawat dengan klien, termasuk juga pemberi layanan kesehatan lainnya. Alternatif pemecahan yang dilakukan pada kasus ini yaitu dengan terapi kompres dingin dengan *cold pack* pada penderita close fraktur terhadap penurunan intensitas nyeri dengan hasil terjadi penurunan intensitas nyeri pada intervensi pertama sehingga timbul rasa nyaman. Dari hasil intervensi yang dilakukan menunjukkan perubahan intensitas nyeri yang signifikan pada klien close fraktur, oleh karena itu bisa diaplikasikan pada klien lainnya.

Oleh karena itu, dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit intervensi keperawatan berupa penurunan intensitas nyeri, rasa aman dan nyaman dengan intervensi terapi kompres dingin dengan *cold pack* namun apabila *cold pack* tidak ada diruangan, perawat dapat menggunakan pemberian kompres dingin basah atau kering ditempat yang cedera secara intermitten 20 sampai 30 menit prosedur ini dapat diberikan bagi klien yang berada di IGD maupun dirung rawat inap. Dan dapat dibuatkan standar operasional prosedur dan disosialisasikan kepada perawat sehingga mempermudah pelaksanaannya di lapangan, bagi klien diharapkan mendapatkan asuhan keperawatan, yang lebih berkualitas terutama pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini, penulis akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

A. Kesimpulan

1. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis *Close Fracture*
 - a. Pada saat pengkajian tanggal 10 Desember 2018 didapatkan data keluhan utama, klien mengatakan nyeri paha sebelah kanan dengan skala nyeri 9 (berat), seperti tertusuk-tusuk, Ia rasakan secara terus-menerus jika kakinya di gerakan. Nyeri terjadi saat klien sudah terjatuh dari motor, nyeri dirasakan selama lebih kurang 3 menit saat klien mencoba untuk mobilisasi.
 - b. Masalah keperawatan yang muncul pada klien yang sesuai berdasarkan Diagnosa NANDA yaitu :
 - 1) Nyeri Akut
 - 2) Hambatan Mobilitas Fisik
 - 3) Ansietas
 - c. Intervensi yang diberikan sesuai dengan standar menggunakan *Nursing Outcomes Classification (NOC)* dan *Nursing Interventions Classification (NIC)*.
 - d. Implementasi dilakukan pada tanggal 10 Desember 2018 sampai, untuk implementasi inovasi yaitu dengan dengan terapi kompres dingin dengan *cold pack* adanya nyeri penderita *Close Fraktur* di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018.
2. Intervensi Inovasi

Intervensi Inovasi yang dilakukan pada klien dengan diagnosa medis *close fraktur* pada tanggal 10 Desember 2018 di Ruang IGD RSUD Abdul

Wahab Sjhanie Samarinda dengan terapi kompres dingin dengan menggunakan *cold pack* terhadap penurunan skala nyeri.

B. Saran

1. Saran bagi pasien

Diharapkan klien mampu melakukan tindakan non farmakologi apabila timbul keluhan nyeri dada yaitu dengan terapi kompres dingin dengan menggunakan *cold pack*

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Meningkatkan pengetahuan tentang ilmu muskuloskeletal dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien *close fracture* dan dapat memberikan keterampilan keperawatan komplementer terapi kompres dingin dengan menggunakan *cold pack* untuk mengurangi rasa nyeri agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara mandiri yang diberikan pada klien. Sehingga dapat meningkatkan harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit dan mencegah komplikasi lainnya.

3. Saran bagi Rumah Sakit

Diharapkan dibuatkan standar prosedur operasional terapi kompres dingin untuk mengatasi pengalihan nyeri disamping pengobatan farmakologi. Sehingga perawat di IGD bisa dengan mudah melaksanakannya dilapangan

4. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat

mengaplikasikan secara optimal dalam pemberian intervensi terapi kompres dingin dengan menggunakan *cold pack* ini dalam pemberian intervensi nonfarmakologi menurunkan nyeri.

5. Saran bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan penelitian yang lebih spesifik terkait penanganan menyeluruh terhadap pasien nyeri fraktur.



DAFTAR PUSTAKA

- Afroh, F., Mohamad Judha, Sudarti. 2012. *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Anugerah *et al.* 2017. *The Effect Of Cold Compress Therapy Toward Post Operative Pain In Patients ORIF Fracture In RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Arsyad Hadijah. 2011. *Anfis Sistem Muskuloskeletal*. Diakses pada tanggal 28 November 2017. Available from URL: <http://hadijah-arsyad.blogspot.co.id/2011/11/anfis-sistem-muskuloskeletal.html>
- Balitbang Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Black. J.M & Hawks. J.H. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 buku 1. Singapura: Salemba Medika.
- Cunningham, FG., *et al.* 2013. *Obstetri Williams (Williams Obstetri)*. Jakarta : EGC
- Depkes, RI. 2011. *Sistem kesehatan nasional*. Diakses pada tanggal 01 Desember 2017. Available from URL: [repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22361/5/chapter I.Pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22361/5/chapter%20I.Pdf).
- Dewi. D.K. 2014. *Analisis Praktik klinik keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan pada pasien fraktur femur dengan hemiarthroplasty di lantai 5 bedah RSPAD gatot soebroto*. Depok: Fakultas ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
- Helmi, Z. N. 2013. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kajian pustaka. 2013. *Pengertian, klasifikasi, Faktor dan Pengukuran Nyeri*. Diakses pada tanggal 09 Desember 2017. Available from URL

<http://www.kajianpustaka.com/2013/07/pengetian-klasifikasi-faktor-dan.html>

Kneale Julia D dan Peter S Davis. 2012. *Perawatan Orthopedi dan Trauma*. Jakarta: EKG.

Kozier, B., & Erb,G. 2010. *Buku Ajar Fondamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik, Volume : 1, Edisi : 7*. Jakarta: EGC

Kozier, B., & Erb,G. 2013. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Alih Bahasa: Eny Meiliya, Esty Wahyuningsih, dan Devi Yulianti. Jakarta: EGC.

Mediarti Devi *et al.* 2015. *Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup di IGD RSMH Palembang Tahun 2012*. Palembang: Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Keperawatan.

Moorhead Sue *et al.* *Nursing Interventions Classssification. 5th Edition*. 2016. Alih bahasa: Intansari Nurjannah.

Moorhead Sue *et al.* *Nursing Outcomes Classssification. 5th Edition*. 2016. Alih bahasa: Intansari Nurjannah

Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Didalama Nila. S.S. 2014. *Perawatan Gawat Darurat*. Jakarta: EGC.

Muttaqin, Arif. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika

Nanda International Inc. 2015. *Diagnosisi keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: ECG, 2015.

Novita. A.I. 2010. *Dasar-Dasar Fisioterapi pada Cedera Olahraga*. Yogyakarta

Nurchairiah Andi *et al.* 2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Di Ruang Dahlia Rsud Arifin Achmad*. Pekanbaru.

Ojong. N.I *et al.* 2014. Nurses' assessment and management of pain among surgical patients in secondary health facility in Calabar Metropolis, Cross River State, Nigeria. ISSN: 2248 –9215 CODEN (USA): EJEBAU.

Potter & Perry. 2007. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume 2.* Jakarta: EGC.

Potter & Perry. 2008. *Fundamental keperawatan.* Edisi 4 volume 2. Jakarta: EGC.

Potter, Patricia A. dan Anne G. Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7.* Jakarta: Salemba Medika.

Purwaningsih. A.A *et al.* 2015. *Effectiveness of warm compress and cold compress to reduce laceration perineum pain on primiparous at Candimulyo Magelang 2015.* DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20151516>

Safitri. A.D. 2014. *Pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada asuhan keperawatan Tn. G dengan post ORIF fraktur klafikula dextra di bangsal flamboyan RSUD Sukoharjo.* Surakarta: program studi ilmu keperawatan STIKES kusuma husada.

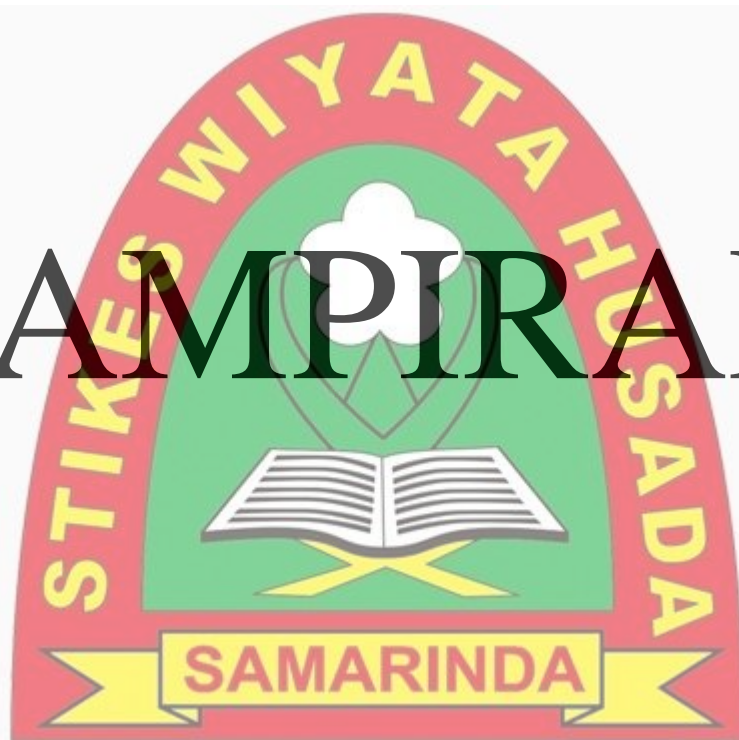
Saputra K., Sudirman S., 2009. *Akupunktur Untuk Nyeri.* Jakarta: CV. Sagung Seto.

Smeltzer, S. C., Bare. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. 2012. *Brunner and Suddarth textbook of medical surgical nursing.* (11thed). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Tamsuri. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri.* Jakarta: EGC

World Health Organization (WHO). 2011. *Catatan Insiden Kecelakaan Lalu Lintas.* Didalam Nurchairiah Andi *et al.* 2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Di Ruang Dahlia Rsud Arifin Achmad.* Pekanbaru

LAMPIRAN



Lampiran 2

Hasil pemeriksaan foto *Rontgen*



Lampiran 3

Hasil pemeriksaan Lab

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RSUD. ABDUL WAHAB SYAHRANIE
INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

Jl. Palang Merah Indonesia Telp. (0541)738118 (hunting sistem) Fax. (0354)741739 Samarinda - Kalimantan Timur 75123

HASIL LABORATORIUM CITO

No. RM Nama Umur Tgl. Lahir Jenis Kelamin Alamat Dr. Pengirim	No. Order Tanggal Order Tanggal Hasil Jenis Sampel Kode Sampel Ruangan Keterangan Klinis
---	--

Pemeriksaan	Hasil	Grafik	Nilai Rujukan	Unit
HEMATOLOGI				
Leukosit	11.55	() *	4.80 - 10.80	10 ³ /μL
Eritrosit	4.14	* ()	4.70 - 6.10	10 ⁶ /μL
Hemoglobin	11.0	* ()	14.0 - 18.0	g/dL
Hematokrit	32.8	* ()	37.0 - 54.0	%
MCV	79.2	* ()	81.0 - 99.0	fL
MCH	26.5	* ()	27.0 - 31.0	pg
MCHC	33.5	* ()	33.0 - 37.0	g/dL
PLT	181	* ()	150 - 450	10 ³ /μL
RDW-SD	36.8	* ()	35.0 - 47.0	fL
RDW-CV	13.1	* ()	11.5 - 14.5	%
PDW	16.0	() *	9.0 - 13.0	fL
MPV	9.5	* ()	7.2 - 11.1	fL
P-LCR	25	* ()	15 - 25	%
PCT	0.17	* ()	0.15 - 0.40	%
Neutrofil#	7.2	() *	1.5 - 7.0	10 ³ /μL
Neutrofil%	62	* ()	40 - 74	%
Limfosit#	3.14	* ()	1.00 - 3.70	10 ³ /μL
Limfosit%	27	* ()	19 - 48	%
Monosit#	0.99	* ()	0.16 - 1.00	10 ³ /μL
Monosit%	9	* ()	3 - 9	%
Eosinofil#	0.20	* ()	0.00 - 0.80	10 ³ /μL
Eosinofil%	2	* ()	0 - 7	%
Basofil#	0.0	* ()	0.0 - 0.2	10 ³ /μL
Basofil%	0	* ()	0 - 1	%
Bleeding Time (BT)	3	* ()	1 - 6	menit
Clotting Time (CT)	10	* ()	1 - 15	menit
KIMIA KLINIK				
Glukosa Sewaktu	197	() *	70 - 140	mg/dL
Ureum	23.8	* ()	19.3 - 49.2	mg/dL
Creatinin	0.5	* ()	0.7 - 1.3	mg/dL
ELECTROLYTE :				
Natrium	138	* ()	135 - 155	mmol/L
Kalium	3.8	* ()	3.6 - 5.5	mmol/L

dicetak tanggal : 2018/12/10 20:33:28 halaman 1

Lampiran 4
Persetujuan Penelitian

LEMBARAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No telp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **“Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan Cold Pack Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Muskuloskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut”** yang akan dilakukan oleh Filadelfia Grace Mambela mahasiswa Program Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda.

Adapun bentuk kesediaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagai semestinya

Samarinda, 10 Desember 2018

Responden

(.....)

Lampiran 5

SOP Kompres Dingin dengan *Cold Pack*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PROSEDUR PEMBERIAN KOMPRES DINGIN DENGAN COLD PACK

No	Elemen	Kriteria untuk kerja	Keterangan
1.	Pengertian	<i>Cold pack</i> adalah pengganti biang es (<i>Dry Ice</i>) atau es batu, bentuknya berupa gel ammonium-nitrate fertilizer dalam kontener yang tidak mudah pecah atau bocor.	
2.	Manfaat	Kompres dingin bermanfaat untuk meningkatkan perbaikan dan pemulihan jaringan, mencegah edema, mengontrol perdarahan dan menganastesi/ menghilangkan rasa nyeri pada bagian tubuh yang terluka. Efek dingin dapat meredakan nyeri dengan memperlambat kecepatan konduksi saraf dan menghambat impuls saraf.	
3.	Tujuan Tindakan	Untuk mengurangi nyeri	
4.	Tahap Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien 2. Kontrak waktu 3. Melakukan kebersihan tangan/cuci tangan 4. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Cold pack</i> b. Perlak / handuk 	

		c. Lembar observasi nyeri	
5.	Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menyampaikan maksud dan tujuan kompres dingin dengan <i>Cold pack</i> 3. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan Dilakukan 4. Menanyakan persetujuan pasien 5. Menjaga privasi pasien 	
6.	Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa cold pack apakah bocor atau tidak 2. Memastikan cold pack sudah siap untuk dipasang pada ekstremitas atas atau bawah 3. Memasang cold pack pada tempat yang mengalami nyeri 4. Selama pemasangan kompres 15 menit dipantau dan diobservasi reaksi yang timbul pada pasien pada sekitar area pengompresan dilihat adanya pembengkakan, kemerahan pada kulit, bercak-bercak biru extremitas, pucat atau mati rasa. 5. Setelah 15 menit lepas kembali kompres <i>cold pack</i> 6. Pemberian <i>cold pack</i> minimal 2 kali dengan jeda 15 menit 7. Membereskan alat 	

		8. Mcuci tangan	
7.	Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi kembali respon dan skala nyeri pasien2. Memberikan reinforcement positif3. Berpamitan pada Pasien4. Melakukan dokumentasi	

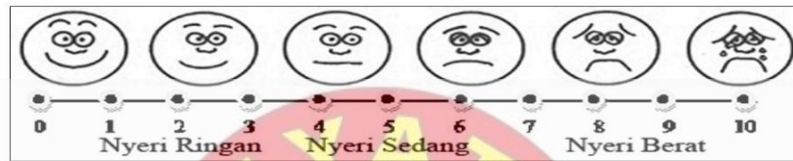


Lampiran 6

Lembar Observasi Skala Nyeri

**SKALA PENGUKURAN INTENSITAS NYERI DENGAN
VISUAL ANALOG SCALE (VAS)**

**VAS (Visual Analog Scale)
NRS (Numeric Rating Scale)**



Skala Nyeri **Tipe Nyeri**

Keterangan :

1. 0 : Tidak ada keluhan nyeri
2. 1-3 : Ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan
3. 4-6 : Ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup kuat untuk menahannya
4. 7-10: Ada nyeri, terasa sangat mengganggu/ tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.

No	Nama Pasien	Usia	Diagnosa	Skala Nyeri		Ket
				Pre Test	Post Test	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

WIYATA HUSADA SAMARINDA

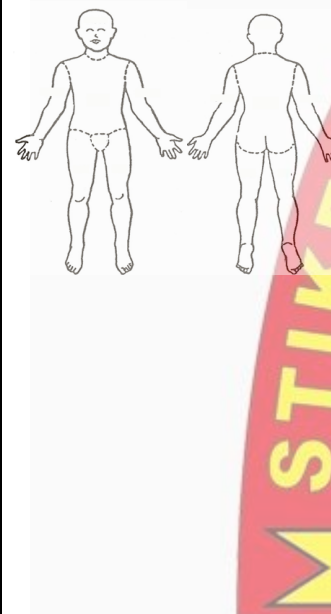
PROGRAM PROFESI NERS

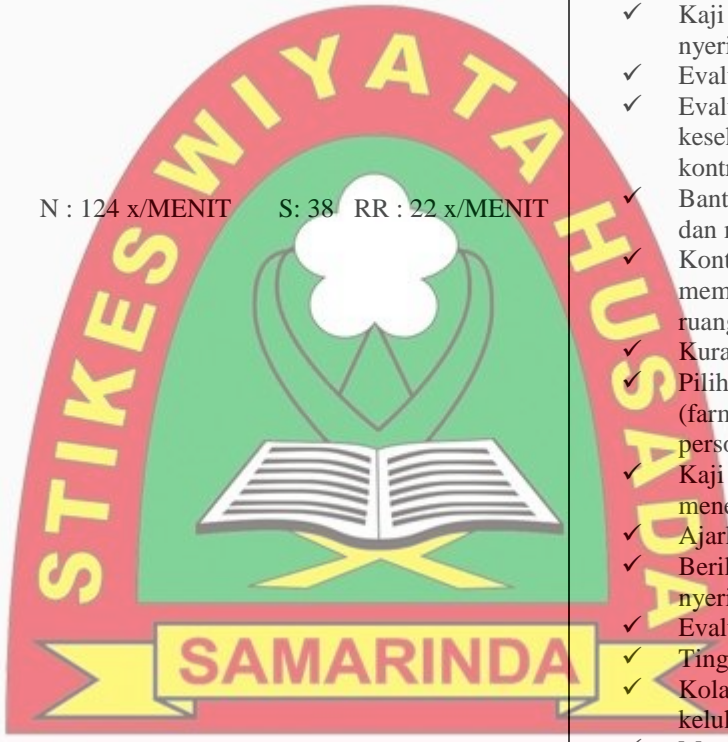
FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

IDENTITAS	No. Rekam Medis : 01038847		Diagnosa Medis : Fraktur Femur			
	Nama	: Tn. A	Jenis Kelamin	: Laki-Laki	Umur	: 39 Thn
	Agama	: Islam	Status Perkawinan	: Menikah	Pendidikan	: SMP
	Pekerjaan	: Wiraswasta	Sumber informasi	: Klien	Alamat	: Jl. Gerilya
TRIAGE		P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input checked="" type="checkbox"/>	P3 <input type="checkbox"/>	P4 <input type="checkbox"/>	
PRIMER SURVEY	GENERAL IMPRESSION					
	Keluhan Utama (bila nyeri = PQRST): KLL					
	P : Nyeri terasa pada saat bergerak					
	Q : Nyeri seperti tusuk-tusuk					
	R : Nyeri pada bagian paha kanan					
	S : Skala 9					
	T : 3 menit sekali					
	Mekanisme Cedera :					
Klien datang ke IGD dengan rujukan dari RS Dirgahayu dengan keluhan nyeri paha sebelah kanan klien mengatakan bahwa dirinya baru saja jatuh dari motor saat ingin mengantar anaknya terapi.						
Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang) : <input checked="" type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak Baik,						
AIRWAY			Diagnosa Keperawatan:			
Jalan Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak Paten			Inefektif airway b/d			
Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Benda Asing <input type="checkbox"/> N/A			Kriteria Hasil :			
			Intervensi :			

PRIMER SURVEY

<p>Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Keluhan Lain:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen airway; head tilt-chin lift/jaw thrust 2. Pengambilan benda asing dengan forcep 3. 4.
<p>BREATHING</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inefektif pola nafas b/d 2. Kerusakan pertukaran gas b/d
<p>Gerakan dada : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris</p> <p>Irama Nafas : <input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Dangkal <input checked="" type="checkbox"/> Normal</p> <p>Pola Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur</p> <p>Retraksi otot dada : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Sesak Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> RR : 22 x/mnt</p>	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi oksigen ... ltr/mnt, via... 2. Bantuan dengan Bag Valve Mask 3. Persiapan ventilator mekanik 4. 5.
<p>CIRCULATION</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan curah jantung b/d 2. Inefektif perfusi jaringan b/d
<p>Nadi : <input checked="" type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba</p> <p>Sianosis : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>CRT : <input checked="" type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik</p> <p>Pendarahan : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Keluhan Lain:</p>	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan CPR dan Defibrilasi 2. Kontrol perdarahan 3. 4.
<p>DISABILITY</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inefektif perfusi serebral b/d 2. Intoleransi aktivitas b/d 3.
<p>Respon : <input checked="" type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unrespon</p>	<p>Kriteria Hasil :</p>

	<p>Kesadaran : <input checked="" type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/></p> <p>GCS : Eye 4 Verbal 5 Motorik 6</p> <p>Pupil : <input checked="" type="checkbox"/> Isokor <input type="checkbox"/> Unisokor <input type="checkbox"/> Pinpoint <input type="checkbox"/> Medriasis</p> <p>Refleks Cahaya: <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada</p> <p>Keluhan Lain :</p>	<p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan posisi head up 30 derajat Periksa kesadaran dann GCS tiap 5 menit
	<p>EXPOSURE</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri Akut b/d agen cidera fisik Hambatan mobilitas fisik b/d keterbatasan rentang gerak
	<p>Deformitas : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Contusio : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Abrasi : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Penetrasi : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Laserasi : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Keluhan Lain:</p> <p>.....</p>	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none">
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SECONDARY SURVEY</p>	<p>ANAMNESA</p> <p>Riwayat Penyakit Saat Ini : nyeri paha kanan.</p> <p>Alergi : alergi terhadap makanan laut dan obat-obatan tertentu</p> <p>Medikasi : Injeksi santagesik 1amp, infus RL 20 tpm</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri kut b/d agen cidera fisik <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ✓ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ✓ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)

<p>Riwayat Penyakit Sebelumnya: Klien tidak memiliki riwayat penyakit maag</p> <p>Makan Minum Terakhir : sudah makan dan minum 11 jam yang lalu.</p> <p>Even/Peristiwa Penyebab: terjatuh dari pohon mangga</p> <p>Tanda Vital :</p> <p>TD : 146/63 MmHg N : 124 x/MENIT S: 38 RR : 22 x/MENIT</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ✓ Tanda vital dalam rentang normal <p>Intervensi :</p> <p>1. Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi ✓ Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan ✓ Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien ✓ Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri ✓ Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau ✓ Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau ✓ Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan ✓ Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan ✓ Kurangi faktor presipitasi nyeri ✓ Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) ✓ Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ✓ Ajarkan tentang teknik non farmakologi ✓ Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri ✓ Evaluasi keefektifan kontrol nyeri ✓ Tingkatkan istirahat ✓ Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil ✓ Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri <p>2. Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat ✓ Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi ✓ Cek riwayat alergi ✓ Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu ✓ Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri ✓ Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal ✓ Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pengobatan nyeri secara teratur ✓ Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali ✓ Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat ✓ Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
<p>PEMERIKSAAN FISIK</p>	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.
<p>Kepala dan Leher:</p> <p>Inspeksi: kepala & leher tidak ada benjolan, tidak ada luka/ lesi, tidak ada perdarahan</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan di kepala, dan leher, kepala bentuk simetris tidak ada benjolan, leher tidak ada pembesaran kelenjar</p> <p>Dada:</p> <p>Inspeksi : pergerakan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada pembesaran dadad kanan atau kiri, tidak ada jejas, tidak ada lesi</p> <p>Palpasi : tidak ditemukan adanya deformitas</p> <p>Perkusi : suara pekak</p> <p>Auskultasi : suara nafas vesikular</p> <p>Abdomen:</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan,tidak ada luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat kelainan, Tidak ada benjolan</p> <p>Perkusi : thympani di perut kiri, dan pekak di perut kanan</p> <p>Auskultasi: Bising usus 16 x/ menit</p>	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.

Pelvis:

Inspeksi : tidak ada luka, ruam, lesi dan edema

Palpasi : tidak ada fraktur, tidak ada nyeri tekan

Ektremitas Atas/Bawah:

Inspeksi : terdapat fraktur dikaki sebelah kanan bagian paha, ada kelemahan otot

Palpasi : tidak ada deformitas dan kelainan ligamen

Punggung :

Inspeksi : tidak ada luka, perdarahan, lecat dan tidak ada hematoma

Palpasi : tidak ada nyeri, tidak ada deformitas

Neurologis : GCS : E4V5M6, Kesadaran CM, tidak ada disaksia, respon sensori baik



PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

RONTGEN CT-SCAN USG

EKG

ENDOSKOPI Lain-lain, **LAB**

Hasil :

Hematologi :

Leukosit : 11.55 (4.80-10.80)

Diagnosa Keperawatan:

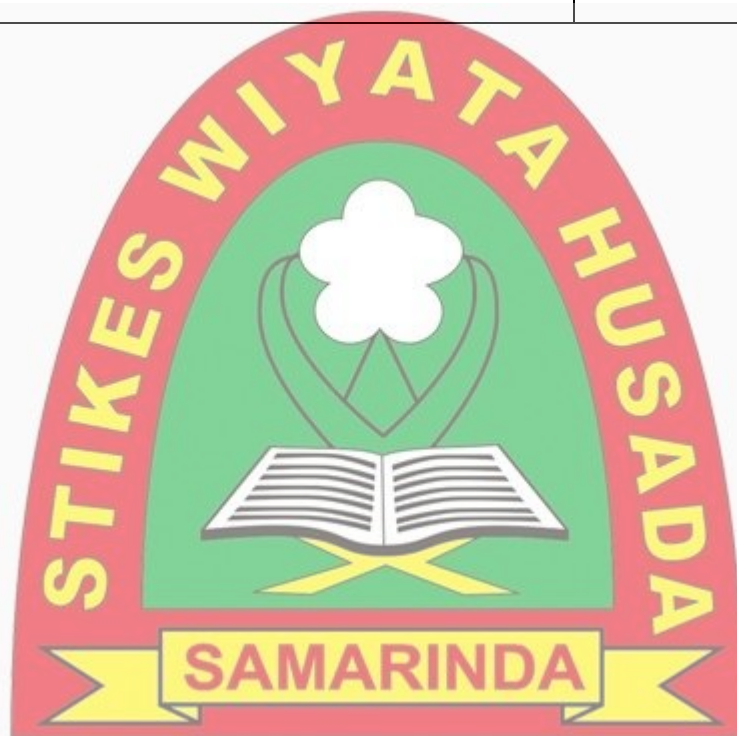
1.
2.

Kriteria Hasil :

Intervensi :

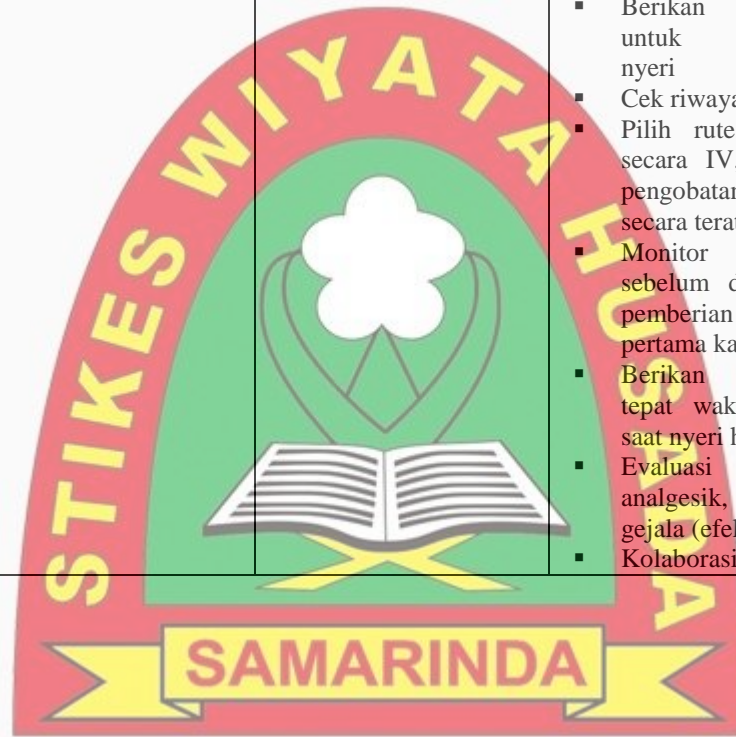
1.
2.

<p>Eritrosit : 4.14 (4.70-6.10)</p> <p>Hemoglobin : 11.0 (14.0-18.0)</p> <p>Hematokrit : 32.8 (37.0-54.0)</p>	
<p>Tanggal Pengkajian : 10/12/2018</p> <p>Jam : 17.00 wita</p> <p>Keterangan :</p>	<p>TANDA TANGAN PENKAKAJI:</p> <p>NAMA TERANG : Filadelfia G.M</p>



Tanggal/Jam	Subjektif	Objektif	Assessment (Laboratorium Dan Therapy)	Plan	Implementasi	Evaluasi
Senin 10/12/2018	Klien mengatakan nyeri di bagian kaki paha kanan.	<p>P : Nyeri terasa pada saat bergerak</p> <p>Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada bagian paha kanan</p> <p>S : skala 9</p> <p>T : Klien mengatakan nyeri terasa pada saat digerakan</p> <p>Tanda- tanda vital</p> <p>TD : 146/62 Mmhg</p> <p>N : 124x/ menit</p> <p>T : 38°C</p>	<p>✓ LAB</p> <p>Leukosit : 11.55 (4.80-10.80)</p> <p>Eritrosit : 4.14 (4.70-6.10)</p> <p>Hemoglobin : 11.0 (14.0-18.0)</p> <p>Hematoktit : 32.8 (37.0-54.0)</p> <p>✓ Pemeriksaan EKG : Shynus rhytem</p> <p>✓ Foto Rontgen (Terlampir)</p> <p>✓ Terapi: Santagesik (extra)</p> <p>Infus RL 20tpm</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Pain Level</p> <p>Kriteria Hasil (NOC):</p> <p>Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>Intervensi (NIC):</p> <ul style="list-style-type: none"> Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan 	<ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi Mengajarkan tentang teknik non farmakologi dengan memberikan kompres dingin melalui <i>cold pack</i> Memeriksa riwayat alergi Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 	<p>S : klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O : ku : baik, nyeri berkurang dari skala 9 ke 7</p> <p>A: masalah teratasi sebagian, nyeri berkurang</p> <p>P: lanjutkan intervensi (observasi di ruang IGD kemudian bisa KRS)</p>

		R : 22x/menit		kebisingan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ▪ Ajarkan tentang teknik non farmakologi ▪ Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri ▪ Cek riwayat alergi ▪ Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur ▪ Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali ▪ Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat ▪ Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping) ▪ Kolaborasi dokter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berkolaborasi dengan dokter 	
--	--	---------------	--	---	---	--



Hasil pencatatan frekuensi nyeri sebelum dan sesudah intervensi

No	Hari/tanggal /Jam	Sebelum	Sesudah
1.	Senin, 10/12/2018 20.00	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada paha sebelah kanan P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 9 T : terus-menerus selama kurang lebih 10 menit 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri di paha kanannya P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 9 T : terus menerus selama kurang lebih 10 menit
		<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis TD : 146/62 mmHg N : 124 x/menit RR : 22 x/menit S : 38⁰C 	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis TD : 142/65 mmHg N : 120 x/menit RR : 22 x/menit S : 37,5⁰C
2.	Senin, 10/12/2018 21.00	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri di paha kanannya P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 9 T : terus menerus selama kurang lebih 10 menit 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan sedikit berkurang P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 8 T : hilang timbul kurang lebih 3 menit
		<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman TD : 142/65 mmHg N : 120 x/menit RR : 22 x/menit S : 37,5 C 	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks TD : 130/67 N : 96 x/menit RR : 22 x/menit S : 37 C
3.	Senin, 10/12/2018 22.00	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan sedikit berkurang P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 8 T : nyeri hilang timbul 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa nyeri sudah berkurang P : Paha kanan Q : seperti tertusuk-tusuk R : paha sebelah kiri S : skala 7 T : nyeri hilang timbul

Objektif :

- Klien tampak lebih nyaman
- TD : 130/67 mmHg
N : 96 x/menit
RR : 20 x/menit
S : 37⁰C

Objektif :

- Klien tampak lebih nyaman
- TD : 130/70 mmHg
N : 85 x/menit
RR : 20 x/menit
S : 37⁰C
-



Lampiran 8

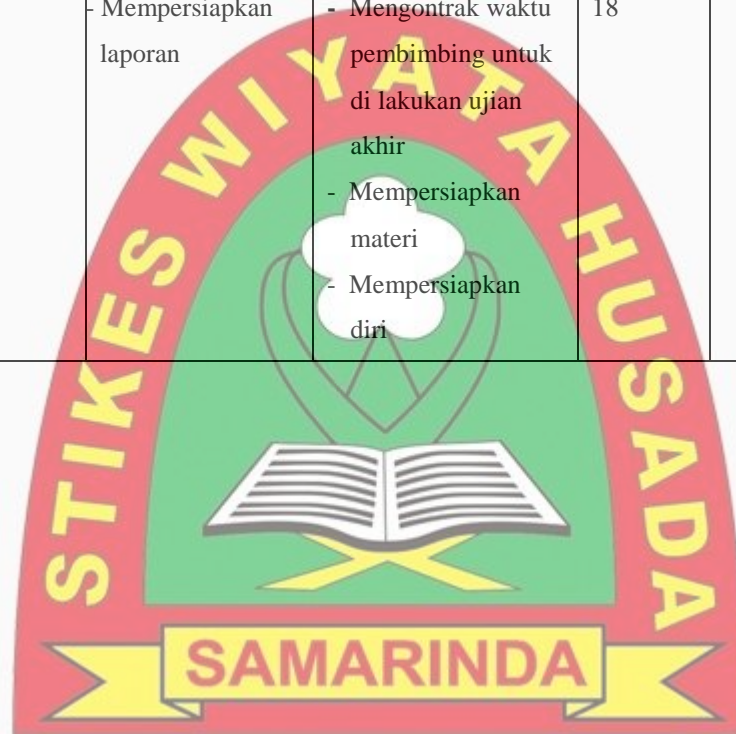
Plan Of Action (POA) KIAN

No	Tempat	Tujuan	Sasaran	Strategi	Rencana Kegiatan	Hari, Tgl	Tempat	Evaluasi Kriteria	Evaluasi Standar
1	Analisa situasi	Mengenal dan beradaptasi dengan lingkungan	Ruang lingkup IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie	- BHSP - Observasi lingkungan	- Berkenalan dengan staf ruangan IGD - Mengobservasi lingkungan - Memantau tindakan /alur pelayanan - Terlibat aktif dalam pelayanan Askep	Senin, 19-11-2018	Ruang IGD	Verbal	- Dapat berkenalan dengan staf ruangan - Mengetahui denah ruang IGD - Terlibat dalam pelayanan Askep
2	Pengkajian	- Mendapat data tentang klien - Menentukan masalah keperawatan - Membuat intervensi keperawatan - Melakukan	Klien dengan diagnosa medis <i>Close Fracture Femur</i>	- Menyiapkan lembar pengkajian - BHSP dengan klien	- Memilih klien yang sesuai dengan kriteria penelitian - Melakukan BHSP - Kontrak untuk dilakukan pengkajian - Melakukan analisa data	Selasa- Jumat, 20/11/2018 - 23/11/2018	Ruang IGD	Subyektif Obyektif	- Mendapatkan data yang sesuai - Askep sesuai kebutuhan klien - Terjadi perubahan status kesehatan menjadi lebih baik - Terhindar dari malpraktek

		<ul style="list-style-type: none"> - implementasi - Evaluasi - Acuan untuk menentukan judul 			<ul style="list-style-type: none"> - Membuat intervensi keperawatan - Melakukan implementasi - Melakukan evaluasi 				
3	Pengajuan Judul	Memperoleh judul untuk penelitian	Implementasi keperawatan pada klien <i>Close Fracture Femur</i>	Menentukan intervensi yang akan diimplementasikan dengan mempertimbangkan kondisi klien	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan diagnosa keperawatan - Menentukan intervensi - Mencari jurnal - Konsul kepada pembimbing - Implementasi 	Kamis, 22/11/2018	Ruang IGD	Subyektif Obyektif	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan jurnal yang sesuai - Mendapatkan judul yang tepat
4	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - Memperoleh pengarahan/bimbingan - Menyamakan persepsi 	<ul style="list-style-type: none"> - Mahasiswa - Pembimbing 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrak waktu - Materi 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrak waktu dengan pembimbing - Mempersiapkan materi - Mempersiapkan 	Rabu-Kamis, 05-06/12/2018	Ruang IGD	Subyektif Obyektif	<ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan bimbingan - Mendapatkan persetujuan dari pembimbing

					lembar konsul				
5	Implementasi judul	Mendapatkan hasil dari penerapan teori terhadap praktek	- Klien dengan <i>Close Fracture Femur</i>	- Mempersiapkan SOP - Mempersiapkan alat yang digunakan - Persiapan klien	- Menyiapkan peralatan yang digunakan - Menanyakan kembali kesiapan klien (inform consent) - Melakukan implementasi sesuai SOP - Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan - Dokumentasi	Senin-Sabtu, 10-15/12/2018	Ruang IGD	Subyektif Obyektif	- Persiapan alat - Persiapan diri - Respon dari klien
6	Laporan	Menyusun laporan terkait kegiatan KIAN	- Mahasiswa	- Materi Hasil pengkajian s/d evaluasi - Kelengkapan dokumen (lembar persetujuan ,	- Menyusun BAB I-V sesuai data yang diperoleh dan merupakan hasil dari konsul mahasiswa kepada pembimbing	Rabu-Kamis, 28/11 - 13/12/2018		Subyektif Obyektif	- Dapat menyusun BAB I-V - Dapat menyelesaikan tepat waktu

				lembar konsul, dll)					
7	Ujian akhir KIAN	Melaporkan dan mempertanggung jawabkan laporan KIAN	- Mahasiswa - Pembimbing	Mempersiapkan diri - Mempersiapkan laporan	- Menyusun jadwal ujian - Mengontrak waktu pembimbing untuk di lakukan ujian akhir - Mempersiapkan materi - Mempersiapkan diri	Rabu, 26/12/20 18	Ruang IGD	Subyektif Obyektif	- Dapat melaksanakan ujian akhir tepat waktu - Dapat mempertanggung jawabkan terkait laporan yang di susun



**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PENERAPAN KOMPRES DINGIN
DENGAN COLD PACK DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN
GANGGUAN MUSKULOSKELETAL (FRAKTUR FEMUR)
YANG MENGALAMI NYERI AKUT**

Filadelfia Grace Mambela¹, Chrisylen Damanik², Refliani Aldila³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda Jl. Kadrie Oening No.77
Samarinda, Kalimantan Timur
Email: filadelfia1502@gmail.com

²Dosen, STIKES Wiyata Husada Samarinda Jl. Kadrie Oening No.77
Samarinda, Kalimantan Timur
Email: Damanikchris@gmail.com

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahranie Jl. Palang Merah No.1
Samarinda, Kalimantan Timur.
Email: lee_young@gmail.com

Abstrak

Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri tersebut adalah keadaan subjektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal. Salah satu manajemen non farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pada pasien fraktur adalah dengan kompres dingin menggunakan cold pack. Kompres dingin dengan cold pack dapat meredakan nyeri dikarenakan cold pack 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. Hasil dari penerapan intervensi ini menunjukkan adanya perubahan signifikan dengan selisih skor antara sebelum dan sesudah intervensi sebesar 2 poin. Hal ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri setelah diberikan intervensi kompres dingin dengan coldpack. Intervensi ini merupakan usaha dari tindakan keperawatan yang sangat membantu dalam mengurangi skala nyeri akut pada asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Fraktur, Nyeri Akut, Kompres Dingin.

Abstract

Fractures are potential and actual threats to one's integrity, so that they will experience physiological and psychological disorders that can cause a response in the form of pain. Pain is a subjective state where a person shows verbal and non-verbal discomfort. One non-pharmacological management to reduce pain suffered in patients with fractures is with cold compresses using cold packs. Cold compresses with cold pack can relieve pain because cold pack can reduce blood flow in particular part and reduce edema bleeding which is thought to cause analgesic effects by slowing the speed of nerve impingement so that less pain impulses reach the brain. The results of applying this intervention indicate a significant change with the difference in scores between before and after the intervention that stand at 2 points. This intervention shows a decrease effect in the scale of pain after ones being given a cold compress intervention with a cold pack. This intervention is an effort of nursing actions which is very helpful in reducing the scale of acute pain in nursing care.

Keywords: Fractures, Acute Pain, Cold Compress.

Pendahuluan

Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri tersebut adalah keadaan subjektif dimana seseorang memperlihatkan ketidaknyamanan secara verbal maupun non verbal (Merdiati Devi et al, 2015).

World Health Organization (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik. Kecelakaan memiliki prevalensi cukup tinggi yaitu insiden fraktur ekstremitas bawah sekitar 40% (Depkes RI, 2011). Menurut hasil data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2013, di Indonesia terjadi fraktur yang disebabkan oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma tajam/tumpul. Riset Kesehatan Dasar (2011) 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, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7 %). Setiap tahunnya di Amerika Serikat sekitar 25 juta orang mengalami fraktur. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien fraktur adalah nyeri (Helmi, 2013).

Penatalaksanaan nyeri yang efektif adalah aspek penting dalam pemberian asuhan

keperawatan. penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan: intervensi farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan obat. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi, meliputi stimulasi kutaneus. Salah satu manajemen non farmakologi untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pada pasien fraktur adalah dengan kompres dingin (Nurchairiah Andi et al. 2014).

Pemberian kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblok 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. Kompres dingin 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 (Anugerah et al, 2017).

Menurut Kozier (2013) kompres dingin dapat dilakukan di dekat lokasi nyeri atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, hal ini memakan waktu 5 sampai 10 menit selama 24 sampai 48 jam pertama setelah cedera. Pengompresan di dekat lokasi aktual nyeri cenderung memberi hasil yang terbaik, sedangkan Smeltzer & Bare (2012), mengatakan untuk menghilangkan nyeri pada cedera dapat dilakukan dengan pemberian

kompres dingin basah atau kering ditempat yang cedera secara intermitten 20 sampai 30 menit selama 24 sampai 48 jam pertama setelah cedera, dengan pemberian kompres dingin dapat menyebabkan vasokonstriksi, yang dapat mengurangi pendarahan, edema dan ketidaknyamanan. Sejalan dengan penelitian Ojong. N.I et al (2014) yang berjudul “Nurses’ assessment and management of pain among surgical patients in secondary health facility in Calabar Metropolis, Cross River State, Nigeria” dengan jumlah 68 responden sebanyak 63 responden (92,6%) setuju bahwa kompres dingin dapat menurunkan nyeri sedangkan 5 responden (7,4%) tidak setuju bahwa kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri.

Hasil

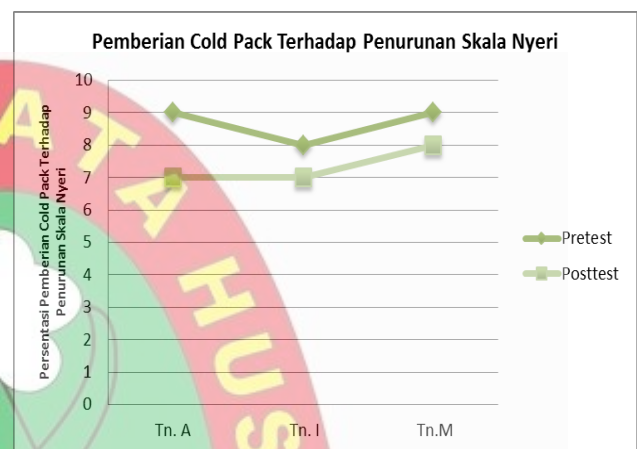
Salah satu diagnosa keperawatan pada kasus ini adalah Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik dan pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) Manajemen Nyeri memberikan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut pada Tn. A intervensi inovasi berupa kompres dingin dengan *cold pack*.

Implementasi keperawatan unggulan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan kompres dingin dengan menerapkan prinsip teknik non farmakologi. Intervensi dilakukan sebanyak 2 kali selama 15 menit pada tanggal 10 Desember 2018. Intervensi keperawatan dapat berjalan lancar sesuai dengan prosedur yang ada. Klien tidak

memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan, cold pack dan handscoen yang digunakan sebagai pendukung dalam melakukan intervensi pun mudah didapatkan.

Terdapat perbandingan skala dyspneu pada satu orang klien kelolaan dengan klien pembanding yang dilakukan dengan perlakuan yang sama oleh peneliti yaitu.

Grafik 1 : Perbandingan frekuensi skala nyeri pada klien kelolaan dan resume.



Berdasarkan pada grafik 1 tampak adanya penurunan skala nyeri pada ketiga pasien. Namun, pada pasien Tn. I dan pasien Tn. M tampak adanya frekuensi penurunan skala nyeri yang sama dibandingkan dengan pasien Tn. M yang hanya mengalami selisih penurunan 1 skala antara sebelum dan sesudah intervensi.

Pembahasan

Berdasarkan data hasil pengkajian pada Tn. A dengan diagnosa Medis *Close fracture femur dextra* yang dilaksanakan pada tanggal 10 desember 2018 didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan

agens cedera fisik (Nanda, 2015-2017). Diagnosa nyeri akut tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif dimana klien mengeluh nyeri pada paha kanannya, nyeri senut-senut seperti tertusuk jarum dengan skala nyeri 9 (rentang 0 - 10), nyeri hilang timbul dan bertambah kuat ketika digerakkan. Secara objektif didapatkan data bahwa terdapat pembengkakan pada femur dextra, tekanan darah 146/62 mmHg, nadi 124 x/mnt dan pernafasan sebanyak 22 x/mnt ekspresi wajah tegang seperti menahan rasa sakit.

Intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik disusun berdasarkan NOC yaitu setelah dilakukan keperawatan selama 1x8 jam maka nyeri terkontrol dengan kriteria hasil pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang dari 9 menjadi 7 dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang disusun adalah dengan manajemen nyeri dimana dalam NIC berkode 1400 yang meliputi: kaji nyeri (lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, intensitas, factor pencetus), observasi tanda non verbal dari ketidaknyamanan, memonitor tanda-tanda vital, kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien, ajarkan tehnik non farmakologis kepada pasien dan keluarga: kompres dingin dan kolaborasi medis (pemberian analgetik).

Kompres dingin menjadi fokus utama penulis dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap masalah nyeri akut yang dialami Tn.

A. Berdasarkan teori kompres dingin merupakan salah satu bentuk intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri, terutama nyeri yang bersifat akut (Purwaningsih et al, 2015). Dalam intervensi ini perawat memberikan kompres dingin pada area yang cedera dengan suhu yang tidak terlalu dingin menggunakan cold pack. 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. Kompres dingin 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 (Anugerah *et al*, 2017).

Penulis memilih nyeri akut menjadi diagnosa keperawatan dengan *high priority* (prioritas pertama) yang harus diselesaikan dikarenakan nyeri merupakan kejadian yang menekan (stress) dan dapat merubah gaya hidup dan psikologis seseorang. Hal ini berakibat meningkatkan tanda-tanda vital, denyut jantung akan lebih cepat, tekanan darah naik, pernafasan meningkat serta menimbulkan kecemasan. Menurut penulis jika nyeri ini tidak segera diatasi akan mengganggu proses pelaksanaan keperawatan lainnya dan memperlambat proses penyembuhan.

Diagnosa nyeri akut implementasi pertama dilakukan dengan mengukur kualitas nyeri pasien dengan PQRST dan didapatkan hasil P (provoking incident) klien mengeluh nyeri pada paha kanan, Q (quality) nyeri senut-senut seperti tertusuk-tusuk, R (region) paha (femur) sebelah kanan dengan S (scale) skala nyeri 9, T (time) nyeri hilang timbul dan bertambah kuat ketika digerakkan.

Respon non-verbal nampak klien meringis menahan rasa sakit dengan wajah tegang dan bertambah kesakitan sesaat dilakukan pergerakan pada kaki sebelah kanan. Memonitor tanda-tanda vital dengan respon tekanan darah 146/62 mmHg, nadi 69 x/menit dan pernafasan, 22 x/menit. Tanda-tanda vital tersebut dilakukan untuk memberikan gambaran lengkap mengenai kardiovaskuler. Memonitor tanda-tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh dan digunakan untuk memantau perkembangan pasien.

Tindakan selanjutnya adalah memberikan kompres dingin pada pasien. Respon yang ditunjukkan pasien adalah pasien merasa nyaman dengan apa yang diberikan. Kompres dingin yang diberikan adalah dengan berdasarkan pada penelitian Mediarti et al (2015) yaitu, pemberian kompres dingin pada pasien dengan nyeri dimana pemberian kompres dingin tersebut diberikan pada area yang cedera atau di sisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, sebaiknya suhu tidak terlalu dingin (berkisar

antara 15°C-18°C karena suhu yang terlalu dingin dapat memberikan rasa yang tidak nyaman, frostbite atau membeku dan menyebabkan terjadinya fenomena pantulan yang seharusnya vasokonstriksi menjadi vasodilatasi.

Pada kasus Tn. A evaluasi dilakukan pada tanggal 10 Desember 2018 pukul 22.00 WITA dengan metode SOAP (subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning). Hasil evaluasi pada Tn. A didapatkan data bahwa klien mengatakan nyeri sudah berkurang pada paha kanan (P) dengan kualitas nyeri senut senut seperti ditusuk-tusuk (Q), pada daerah paha kanan atas (femur) (R), dengan skala berkurang menjadi 2 (S), dan nyeri hilang timbul (T). Data objektif yang didapatkan adalah pasien lebih tenang dengan tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi 85 kali permenit, pernafasan 20 kali permenit dan suhu 37.0 C. Berdasarkan data tersebut maka masalah keperawatan nyeri akut pada Tn. A dinyatakan teratasi yang ditandai dengan menurunnya intensitas nyeri dari skala 9 menjadi 7 dengan tanda-tanda vital dalam rentang normal. Dapat dinyatakan juga bahwa kompres dingin dapat menurunkan intensitas nyeri pada Tn. A dengan fraktur tertutup. Rencana tindak lanjut yang disusun adalah tetap memonitor kualitas nyeri, motivasi untuk melakukan kompres dingin jika nyeri datang dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai nyeri dalam proses rehabilitasi berikutnya.

Kesimpulan

Hasil analisa penerapan kompres dingin dengan *cold pack* menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada pasien Tn. A dengan diagnose medis *Close fracture femur dextra*.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda melalui lembaga penelitian di Ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda serta program Studi Ners yang telah memberikan kesempatan untuk dapat mempublikasikan karya ilmiah ini.

Referensi

Anugerah et al. 2017. *The Effect Of Cold Compress Therapy Toward Post Operative Pain In Patients With ORIF Fracture In RSD*. Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Black. J.M & Hawks. J.H. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 buku 1. Singapura: Salemba Medika.

Depkes, RI. 2011. *Sistem kesehatan nasional*. Diakses pada tanggal 01 Desember 2017. Available from URL: [repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22361/5/chapter I.Pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/22361/5/chapter%20I.Pdf).

Helmi, Z. N. 2013. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.

Kozier, B., & Erb,G. 2013. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Alih Bahasa: Eny Meiliya, Esty Wahyuningsih, dan Devi Yulianti. Jakarta: EGC.

Mediarti Devi et al. 2015. *Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup di IGD RSMH Palembang Tahun 2012*. Palembang: Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Keperawatan.

Moorhead Sue et al. *Nursing Outcomes Classification. 5th Edition*. 2016. Alih bahasa: Intansari Nurjannah

Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta : Nuha Medika. Didalam Nila. S.S. 2014. *Perawatan Gawat Darurat*. Jakarta: EGC.

Muttaqin, Arif. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika

Nanda International Inc. 2015. *Diagnosis keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC, 2015

Nurchairiah Andi et al. 2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Di Ruang Dahlia Rsud Arifin Achmad*. Pekanbaru.

Ojong. N.I et al. 2014. *Nurses' assessment and management of pain among surgical patients in secondary health facility in Calabar Metropolis, Cross River State*,

Nigeria. ISSN: 2248 -9215 CODEN
(USA): EJEBAU.

Potter & Perry. 2007. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume 2*. Jakarta: EGC.

Potter & Perry. 2008. *Fundamental keperawatan. Edisi 4 volume 2*. Jakarta: EGC.

Potter, Patricia A. dan Anne G. Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7*. Jakarta: Salemba Medika.

Smeltzer, S. C., Bare. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. 2012. *Brunner and Suddarth textbook of medical surgical nursing. (11thed)*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins

Tamsuri. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC

World Health Organization (WHO). 2011. *Catatan Insiden Kecelakaan Lalu Lintas*. Didalam Nurchairiah Andi et al.

2014. *Efektifitas Kompres Dingin Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien*

Fraktur Tertutup Di Ruang Dahlia RSUD Arifin Achmad. Pekanbaru



LEMBAR BIMBINGAN



Nama : Filadelfia Grace Mambela
 NIM : P1706017
 Dosen Pembimbing : Ns. Chrisylen Damanik, M.Kep
 Judul Penelitian : Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan *Cold Pack* Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut

Hari/Tanggal	Keterangan	Paraf Pembimbing
Kamis/ 22-11-2018	Mengajukan judul Penelitian	
Jumat/ 23-11-2018	Mengajukan judul penelitian “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan <i>Cold Pack</i> Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut”	
Rabu/ 12-11-2018	Perbaikan <ul style="list-style-type: none"> • BAB I (Latar belakang) • BAB II (Konsep Fraktur, Nyeri dan Kompres Dingin) • BAB III (Asuhan keperawatan, pasien kelolaan) 	

LEMBAR BIMBINGAN



Nama : Filadelfia Grace Mambela
NIM : P1706017
Dosen Pembimbing : Ns. Chrisyen Damanik, M.Kep
Judul Penelitian : Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan *Cold Pack* Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut

Hari/Tanggal	Keterangan	Paraf Pembimbing
Selasa/ 17-12-2018	ACC ujian Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)	
Jumat/ 28-11-2018	<ul style="list-style-type: none">• Perbaikan alur penelitian• Perbaikan BAB I (Latar belakang)• Perbaikan BAB IV (Alternatif pemecahan masalah)	
Senin/ 14-01-2019	Perbaikan <ul style="list-style-type: none">• BAB I (Rumusan masalah, tujuan penulisan)• BAB IV (Alternatif pemecahan masalah)	

LEMBAR BIMBINGAN



Nama : Marsela Kaat
NIM : P1706026
Dosen Pembimbing : Ns. Chrisyen Damanik, M.Kep
Judul Penelitian : Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan *Cold Pack* Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut

Hari/Tanggal	Keterangan	Paraf Pembimbing
Rabu/ 15-11-2018	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki daftar pustaka• Perbaiki lampiran	
Selasa/ 22-01-2019	ACC untuk melakukan penjiwaan	

LEMBAR BIMBINGAN



Nama : Filadelfia Grace Mambela
NIM : P1706017
Dosen Pembimbing : Ns. Refliani Aldila, S.Kep
Judul Penelitian : Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan *Cold Pack* Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut

Hari/Tanggal	Keterangan	Paraf Pembimbing
Kamis/ 13-12-2018	Mengajukan judul penelitian “Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Kompres Dingin Dengan <i>Cold Pack</i> Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Gangguan Musculoskeletal (Fraktur Femur) Yang Mengalami Nyeri Akut”	
Jumat/ 17-12-2018	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki BAB III (Asuhan keperawatan pasien kelolaan, asuhan keperawatan pasien resume)• Tambahkan keterangan pada lampiran• ACC Ujian Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)	
Kamis/ 17-01-2019	Acc untuk melakukan Penjilitan	