

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR FEMUR DENGAN
NYERI DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG**

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR FEMUR DENGAN
NYERI DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya

Keperawatan (A.Md.Kep) pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Insan Cendekia Medika Jombang



AGUSTINA EKA PRATIWI

NIM : 171210002

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2020

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri“

Merupakan karya tulis ilmiah dan artikel yang secara keseluruhan adalah hasil karya penelitian penulis, kecuali teori yang dirujuk dari sumber informasi aslinya.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jombang 12 Agustus 2020

Saya yang menyatakan



Agustina Eka Pratiwi
NIM 171210002

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri”

Merupakan karya tulis ilmiah dan artikel yang secara keseluruhan benar benar bebas dari plagiasi. Apabila di kemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap di proses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jombang 12 Agustus 2020

Saya yang menyatakan



Agustina Eka Pratiwi
NIM 171210002

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Tempat Tanggal Lahir : Bojonegoro, 01 Agustus 2000
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan bahwa Tugas Akhir yang saya tulis benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran oranglain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 10 Juli 2020

Saya yang menyatakan,



Agustina Eka Pratiwi

NIM : 171210002

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Tempat tanggal lahir : Bojonegoro, 01 Agustus 2000
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur
Dengan Nyeri Di Ruang Melati RSUD Bangil
Pasuruan

TELAH BERHASIL DAN DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING PADA

TANGGAL 11 AGUSTUS 2020

Menyetujui,

Komisi pembimbing

Pembimbing Utama

Pembimbing Anggota



Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK 04.10.289



Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIK 01.13.700

Mengetahui,

Ketua STIKes ICME

Ketua Program


Helman Faton, S. KM., MM
NIK.0304022
Maharani Tri, S.Kep.,Ns.,MM
NIK.0304028

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Tempat tanggal lahir : Bojonegoro, 01 Agustus 2000
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul karya tulis ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur
Dengan Nyeri Di Ruang Melati RSUD Bangil
Pasuruan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Panitia Penguji.

1. Penguji Utama : Maharani Tri P., S.Kep.,Ns.MM ()
2. Penguji Anggota 1 : Dwi Prasetyaningati., S.Kep.,Ns.,M.Kep ()
3. Penguji Anggota 2 : Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 17 Juli 2020

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bojonegoro, 01 Agustus 2000 dari pasangan Harun dan Sukarti. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara.

Tahun 2011 penulis lulus dari SDN Ngeper 2, Tahun 2014 penulis lulus dari SMPN 1 Padangan dan tahun 2017 penulis lulus dari SMAN 1 Padangan. Pada tahun 2017 penulis lulus seleksi masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur undangan. Penulis memilih program studi D III Keperawatan dari lima program studi yang ada di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 05 Februari 2020

AGUSTINA EKA PRATIWI

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Learn from the past, life for today and plan for tomorrow”

PERSEMBAHAN

Yang utama dari segalanya. Alhamdulillah puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kekuatan, karuniaNya serta rahmatNya. Engkau telah memberikan kemudahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini.

Ku persembahkan karya sederhana ini kepada orang terkasih dan tersayang.

Ibunda dan Ayahanda Tercinta

Kedua orangtua yang senantiasa merawat, membesarkan serta menyayangiku sampai detik ini. Terimakasih selalu memanjatkan doa untukku disetiap sujud yang tidak mungkin dapat ku balas dengan selebar kertas yang tertulis kata cinta dan persembahan.

Tak lupa pula ku ucapkan terimakasih kepada seluruh teman-teman D-III Keperawatan STIKES ICME JOMBANG yang telah memberikan dukungan, semangat dan juga motivasi.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah telah terselesaikan dengan baik.

Tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat terselesaikannya program studi DIII Keperawatan. Terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terimakasih kepada H.Imam Fathoni.SKM.,MM selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Maharani Tri Puspitasari S.Kep,Ns.MM selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan. Dwi Prasetyaningati., S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini. Agustina Maunaturrohman, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing anggota yang telah banyak memberi motivasi, pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaannya penulisan ini. Harapan penulis mudah-mudahan penulisan ini bermanfaat bagi penulis khususnya juga pembaca pada umumnya.

Jombang, 5 Februari 2020

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR FEMUR DENGAN MASALAH NYERI DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN

OLEH : AGUSTINA EKA PRATIWI

Fraktur femur atau patah tulang adalah rusaknya kontinuitas tulang paha yang disebabkan oleh trauma langsung, kelelahan otot, dan kondisi tertentu seperti degenerasi tulang atau osteoporosis. Fraktur femur atau patah tulang paha akan mengalami nyeri dikarenakan terjadi luka yang disebabkan patah tulang paha atau femur yang melukai jaringan sehat yang akan mengakibatkan terjadinya nyeri. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami fraktur femur atau patah tulang paha dengan masalah nyeri.

Desain penelitian yang digunakan adalah data kualitatif dengan pendekatan studi kasus menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penelitian dilaksanakan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan dengan partisipan yang digunakan adalah 2 klien yang di diagnosa medis mengalami fraktur femur dengan masalah nyeri. Data pada kedua klien diperoleh dari hasil wawancara, observasi dan hasil dokumentasi.

Hasil implementasi yang dilakukan untuk menurunkan tingkat nyeri pada kedua klien fraktur femur adalah dengan perencanaan penurunan tingkat nyeri dan perawatan luka serta terapi yang bertujuan untuk mengurangi nyeri. Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali pertemuan maka didapatkan hasil evaluasi akhir pada Tn. S dan Tn. W masalah sudah teratasi sebagian sehingga kedua klien masih memerlukan implementasi lanjutan karena masalah belum teratasi sepenuhnya.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri.

ABSTRACT

NURSING CARE OF CLIENTS FEMUR FRACTURES WITH THE PROBLEMS OF PAIN IN THE GENERAL HOSPITAL ROOM BANGIL AREA PASURUAN

BY : AGUSTINA EKA PRATIWI

Femur fracture is a damage thigh bone continuity caused by direct trauma, muscle fatigue and certain conditions such as bone degeneration or osteoporosis. Femur fracture or thigh fracture will experience pain due to injuries caused by a broken femur that injures health tissue which will result in pain. The purpose of this study is to provide nursing care to client who experience femoral fracture femur with pain problem.

The research design used is qualitative data with a case study approach using the nursing process which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, implementations of nursing and evaluation of nursing. The study was conducted in the jasmine room of RSUD Bangil Pasuruan wit the participants used 2 client who were diagnoses medically with a femur fracture with a pain problem. Data on both clients were obtained from observational, interviews and documentation.

The result of implementations carried out of reduce the level of pain in both femur fracture is by planning the reduction in pain level and wound care as well as therapy at reduce pain. After for 3 meeting the final evaluation result were obtained in Mr.S and Mr.W the problem was partially resolved so that the two clients still needed another implementation and because the problem had not been complete resolve.

Keywords : Nursing care of the femur fracture with the problem of pain.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI.....	iv
LEMBAR SURAT PERNYATAAN.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
RIWAYAT HIDUP	viii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Fraktur	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Klasifikasi.....	6

2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Pathofisiologi.....	11
2.1.5 WOC.....	12
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	13
2.1.7 Pemeriksaan Fisik.....	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.9 Komplikasi	16
2.1.10 Penatalaksanaan.....	17
2.2 Konsep Teori Nyeri	23
2.2.1 Definisi	23
2.2.2 Klasifikasi.....	23
2.2.3 Etiologi	26
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	29
2.2.5 Pathofisiologi.....	29
2.2.6 Komplikasi	30
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	30
2.2.8 Penatalaksanaan.....	31
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	35
2.3.1 Pengkajian	35
2.3.2 Pemeriksaan Fisik.....	38
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	42
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	43
2.3.5 Implementasi Keperawatan	44
2.3.6 Evaluasi Keperawatan	44
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	45
3.1 Desain Penelitian	45
3.2 Batasan Istilah.....	45
3.3 Partisipan	46
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	46
3.5 Pengumpulan Data.....	47
3.6 Uji Keabsahan Data	47
3.7 Analisa Data.....	47

3.8 Etik Penelitian.....	49
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Hasil	50
4.1.1 Gambaran Lokasi.....	50
4.1.2 Pengkajian	50
4.2 Pembahasan	67
4.2.1 Pengkajian	67
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	68
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	68
4.2.4 Implementasi Keperawatan	69
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	69
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	70
5.1 Kesimpulan.....	70
5.2 Saran	70
DAFTAR PUSTAKA.....	72



DAFTAR TABEL

Tabel 2.3	Intervensi Keperawatan
Tabel 4.1.2	Tabel Pengkajian
Tabel 4.1.2	Riwayat Penyakit
Tabel 4.1.2	Perubahan Pola Kesehatan
Tabel 4.12	Pemeriksaan Fisik
Tabel 4.1.2	Pemeriksaan Diagnostic
Tabel 4.1.2	Terapi Pengobatan
Tabel 4.1.2	Analisa Data
Tabel 4.1.2	Diagnosa Keperawatan
Tabel 4.1.2	Intervensi Keperawatan
Tabel 4.1.2	Implementasi Keperawatan
Tabel 4.1.2	Evaluasi Keperawatan



DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 *Pathway* fraktur
Gambar 2.1 Skala Nyeri V AS
Gambar 2.1 Skala Nyeri VRS
Gambar 2.1 Skala Nyeri NRS
Gambar 2.1 Skala Nyeri *Wong-Baker Pain Rating Scale*



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus
- Lampiran 2 Lembar Permohonan menjadi partisipan
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan menjadi responden
- Lampiran 4 Lembar Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 6 Lembar Surat Pre Survey Data, Surat Studi Pendahuluan Penelitian dan Balasan Penelitian



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. / : Atau
3. & : Dan
4. < : Kurang dari

Singkatan

1. WHO : *World Health of Organization*
2. ORIF : *Open Reduction Internal Fixation*
3. OREF : *Open Reduction Eksternal Fixation*
4. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
5. ICME : Insan Cendekia Medika
6. TB : Tinggi Badan
7. TD : Tekanan Darah
8. BAK : Buang Air Kecil
9. BAB : Buang Air Besar
10. TIO : Tekanan Intra Okuler
11. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
12. NIC : *Nursing Outcome Clasification*
13. NOC : *Nursing Outcome Clasification*
14. RisKesDas : Riset Kesehatan Dasar
15. WOD : Wawancara Observasi Dokumentasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fraktur merupakan penyebab kematian ketiga di Indonesia setelah penyakit Jantung Koroner dan Tuberculosis. Fraktur disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik, kecelakaan, baik kecelakaan kerja maupun kecelakaan lalu lintas (Noorisa dkk, 2017). Fraktur merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang, sehingga akan mengalami gangguan fisiologis maupun psikologis yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Nyeri operasi fraktur menyebabkan pasien sulit untuk memenuhi *Activity Daily Living*. Nyeri terjadi karena luka yang disebabkan oleh patahan tulang yang melukai jaringan sehat (Kusumayanti, 2015).

Badan kesehatan dunia *World Health of Organization* (WHO) tahun 2019 menyatakan bahwa Insiden Fraktur semakin meningkat mencatat terjadi fraktur kurang lebih 15juta orang dengan angka prevalensi 3,2%. Fraktur pada tahun 2018 terdapat kurang lebih 20juta orang dengan angka prevalensi 4,2% dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 21 juta orang dengan angka prevalensi 3,8% akibat kecelakaan lalu lintas (Mardiono dkk, 2018). Data yang ada di Indonesia kasus fraktur paling sering yaitu fraktur femur sebesar 42% diikuti fraktur humerus sebanyak 17% fraktur tibia dan fibula sebanyak 14% dimana penyebab terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor atau kendaraan rekreasi 65,6% dan jatuh 37,3% mayoritas adalah pria 73,8% (Desiartama & Aryana, 2018). Fraktur yang terjadi di Jawa Timur pada

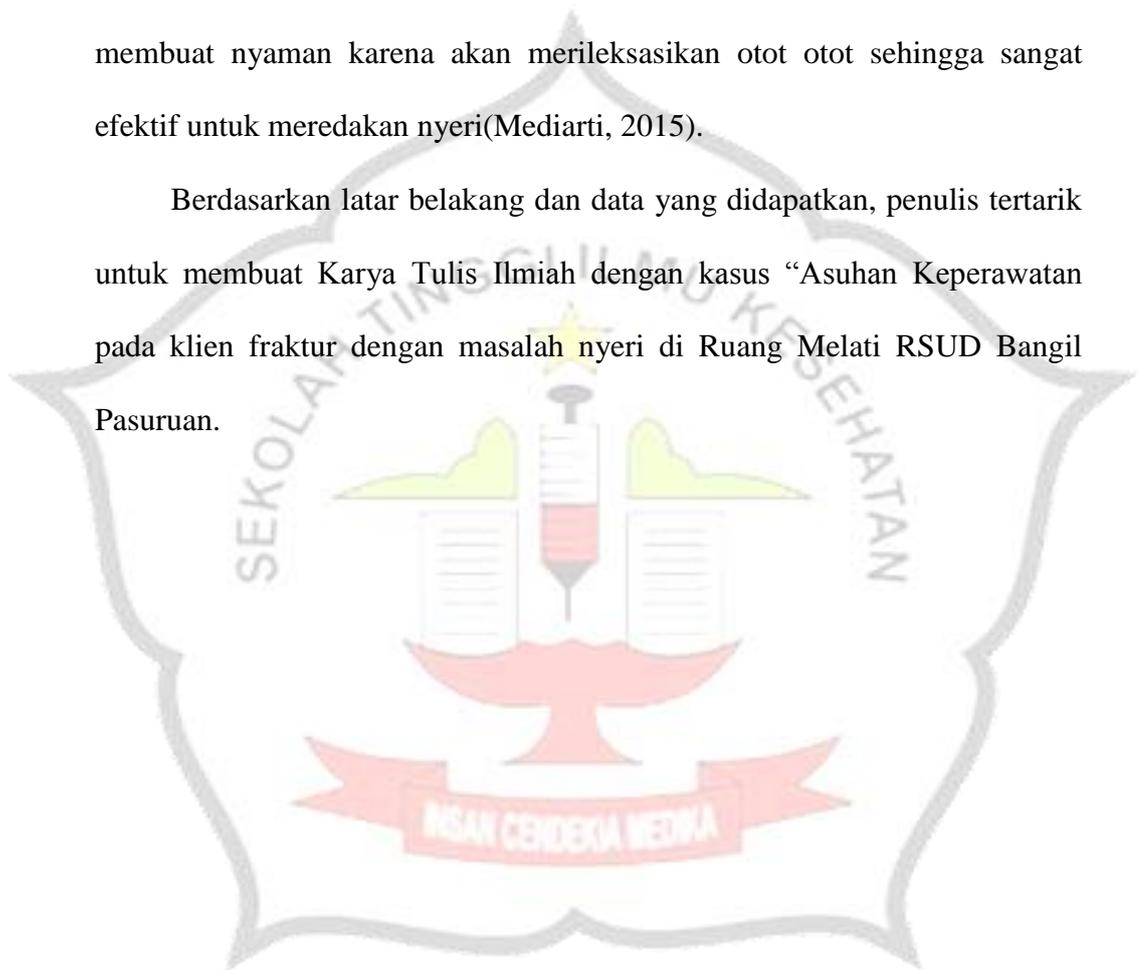
tahun 2016 sebanyak 1.422 jiwa, pada tahun 2017 sebanyak 2.065 jiwa, pada tahun 2018 sebanyak 3.390 jiwa yang mengalami kejadian fraktur (Riskedas 2018). Fraktur yang terjadi di RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2018-2019 mencatat pasien yang mengalami fraktur ekstermitas bawah mencapai 2,1% diakibatkan karena jatuh dan kecelakaan lalu lintas dan hampir seluruhnya mengalami nyeri.

Penyebab utama fraktur adalah peristiwa trauma tunggal seperti benturan, pemukulan, terjatuh, posisi tidak teratur atau miring, dislokasi, penarikan, kelemahan abnormal pada tulang (fraktur patologik) (Noorisa, 2016). Dampak lain yang timbul pada fraktur yaitu dapat mengalami perubahan pada bagian tubuh yang terkena cedera, merasakan cemas akibat rasa sakit dan rasa nyeri. Nyeri terjadi akibat luka yang mempengaruhi jaringan sehat. Nyeri mempengaruhi homeostatis tubuh yang akan menimbulkan stress, ketidaknyamanan akibat nyeri harus diatasi apabila tidak diatasi dapat menimbulkan efek yang membahayakan proses penyembuhan dan dapat menyebabkan kematian (Septiani, 2015). Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti gangguan istirahat tidur, intoleransi aktivitas, *personal hygiene*, gangguan pemenuhan nutrisi (Potter & Perry, 2015).

Penatalaksanaan pada fraktur dengan tindakan operatif atau pembedahan (Mue DD, 2016). Penatalaksanaan fraktur tersebut dapat mengakibatkan masalah atau komplikasi seperti kesemutan, nyeri, kekakuan otot bengkak atau edema serta pucat pada anggota gerak yang di operasi (Carpintero, 2016). Manajemen untuk mengatasi nyeri dibagi menjadi 2

yaitu manajemen *farmakologi* dan manajemen *non farmakologi*. Manajemen *farmakologi* dilakukan antara dokter dan perawat, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan rasa nyeri, manajemen *non farmakologi* teknik yang dilakukan dengan cara pemberian kompres hangat, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, distraksi, stimulus saraf elektrik transkutan, stimulus terapi musik dan massage yang dapat membuat nyaman karena akan merileksasikan otot-otot sehingga sangat efektif untuk meredakan nyeri (Mediarti, 2015).

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan kasus “Asuhan Keperawatan pada klien fraktur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.



1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada “Asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosa asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien fraktur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.5.2 Manfaat Praktis

Sebagai informasi bahan pertimbangan untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan perawat, klien, dan keluarga klien dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Fraktur

2.1.1 Definisi

Fraktur adalah suatu kondisi yang terjadi ketika keutuhan dan kekuatan dari tulang mengalami kerusakan yang disebabkan oleh penyakit invasif atau suatu proses biologis yang merusak (Kenneth *et al.*, 2015). Fraktur atau patah tulang disebabkan karena trauma atau tenaga fisik, kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang dan jaringan lunak disekitar tulang merupakan penentu apakah fraktur terjadi lengkap atau tidak lengkap (Astanti, 2017).

2.1.2 Klasifikasi

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

1) Fraktur Terbuka

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

a. Derajat I

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

b. Derajat II

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

c. Derajat III

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

a) Derajat IIIA

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

b) Derajat IIIB

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

c) Derajat IIIC

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

2) Fraktur Tertutup

Adalah patah tulang yang tidak mengakibatkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak dengan dunia luar.

Fraktur tertutup diklasifikasikan berdasarkan tingkat kerusakan jaringan lunak dan mekanisme cedera tidak langsung dan cedera langsung antara lain:

a. Derajat 0

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

b. Derajat 1

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

c. Derajat 2

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

d. Derajat 3

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

Menurut Purwanto (2016) berdasarkan garis frakturnya dibagi menjadi :

1) Fraktur Komplet

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

2) Fraktur Inkomplet

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

3) Fraktur Transversal

Yaitu fraktur yang terjadi sepanjang garis lurus tengah tulang.

4) Fraktur Oblig

Yaitu fraktur yang membentuk garis sudut dengan garis tengah tulang.

5) Fraktur Spiral

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

6) Fraktur Kompresi

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

7) Fraktur Kominutif

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

8) Fraktur Impaksi

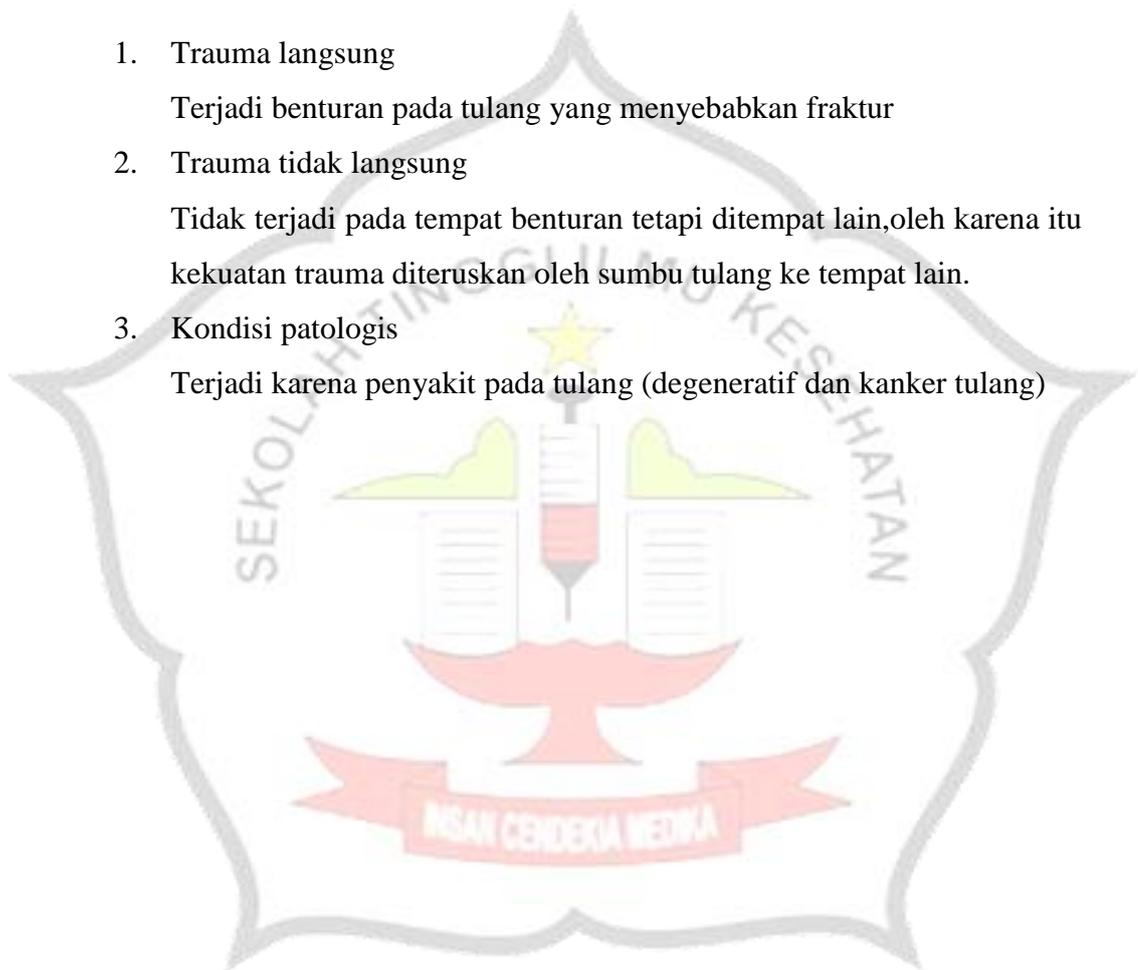
Yaitu fraktur dengan salah satu irisan ke ujung atau ke fragmen retak.

2.1.3 Etiologi

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

Menurut Purwanto (2016) Etiologi/ penyebab terjadinya fraktur adalah :

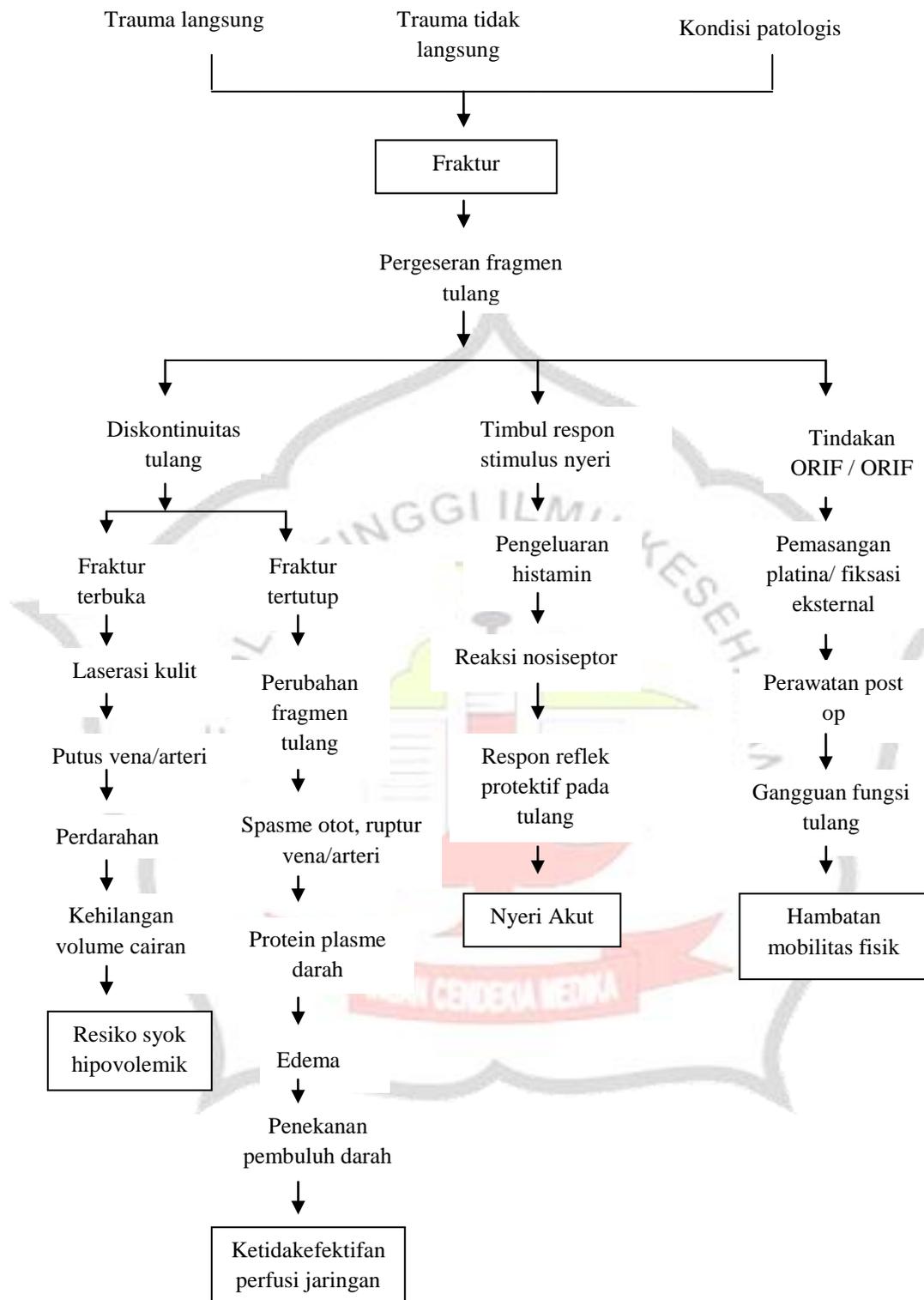
1. Trauma langsung
Terjadi benturan pada tulang yang menyebabkan fraktur
2. Trauma tidak langsung
Tidak terjadi pada tempat benturan tetapi ditempat lain,oleh karena itu kekuatan trauma diteruskan oleh sumbu tulang ke tempat lain.
3. Kondisi patologis
Terjadi karena penyakit pada tulang (degeneratif dan kanker tulang)



2.1.4 Pathofisiologi

Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup bila tidak terdapat hubungan antara *fragmen* tulang dengan dunia luar oleh karena perlukaan di kulit. Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah ke dalam jaringan lunak disekitar tulang tersebut, jaringan lunak yang biasanya mengalami kerusakan. Reaksi perdarahan biasanya timbul hebat di sekitar fraktur. Sel-sel darah putih dan sel-sel anast berkamulasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ketempat tersebut aktifitas *osteoblast* terangsang dan terbentuk tulang baru amatir yang disebut *callus*. Bekuan fibrin di reabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodelling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan serabut saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstermitas dan mengakibatkan kerusakan saraf *perifer*. Bila tidak terkontrol pembengkakan akan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusa darah total dan berakibat anoreksia mengakibatkan rusaknya serabut saraf maupun jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan *sindrom compartment* (Brunner & Suddart, 2015).

2.1.5 WOC



Gambar 2.1 Pathway Fraktur (Wijaya, 2015)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut *UT Southwestern Medical Center*(2016) adalah nyeri, hilangnya fungsi, deformitas/perubahan bentuk, pemendekan ekstermitas, krepitus, pembengkakan lokal, dan perubahan warna.

1. Nyeri terus menerus akan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi. Spasme otot yang menyertai fraktur merupakan bentuk bidai alamiah yang dirancang untuk meminimalkan gerakan fragmen tulang.
2. Setelah terjadi fraktur bagian yang tidak dapat digunakan cenderung bergerak secara alamiah (gerakan luar biasa) membukanya tetap rigid seperti normalnya. Pergeseran fragmen pada fraktur lengan atau tungkai menyebabkan deformitas (terlihat maupun teraba) ekstermitas dapat diketahui dengan membandingkan ekstermitas normal. Ekstermitas tidak dapat berfungsi dengan baik karena fungsi normal otot tergantung pada integritas tempat melengketnya otot.
3. Pada fraktur panjang, terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat pada atas dan bawah tempat fraktur. Fragmen sering saling melengkapi satu sama lain sampai 2,5 sama 5 cm (1 sampai 2 *inchi*).
4. Saat ekstermitas diperiksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang yang dinamakan *krepitus* akibat gesekan antara fragmen 1 dengan yang lainnya (uji *krepitus* dapat mengakibatkan kerusakan jaringan lunak yang lebih berat).

5. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit dapat terjadi sebagai akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini baru terjadi setelah beberapa jam atau hari setelah terjadi cedera.

2.1.7 Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan fisik fokus

Kaji kronologi dari mekanisme trauma pada paha. Sering didapat keluhan nyeri pada luka terbuka.

a. *Look* : Pada fraktur terbuka terlihat adanya luka terbuka dengan deformitas yang jelas. Kaji seberapa luas kerusakan jaringan lunak yang terlibat. Kaji apakah pada luka terbuka ada fragmen tulang yang keluar dan apakah terdapatnya kerusakan pada jaringan beresiko meningkat pada respon syok hipovolemik. Pada fase awal trauma kecelakaan lalu lintas darat yang mengantarkan pada resiko tinggi infeksi. Pada fraktur tertutup sering ditemukan kehilangan fungsi deformitas, pemendekan ekstremitas atas karena kontraksi otot, krepitasi, pembengkakan, dan perubahan warna lokal pada kulit terjadi akibat ada trauma dan pendarahan yang mengikuti fraktur. Tanda ini dapat terjadi setelah beberapa jam atau beberapa setelah cedera.

b. *Feel* : adanya keluhan nyeri tekan dan krepitasi

c. *Move* : daerah tungkai yang patah tidak boleh di gerakan, karena akan memberi respon trauma pada jaringan lunak di sekitar ujung fragmen tulang yang patah (Muttaqin, 2015).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Adapun beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa fraktur adalah sebagai berikut.

1. Pemeriksaan rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma

2. Scan tulang, scan CT/MRI:

Memperlihatkan fraktur juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

3. *Arteriogram* :Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai

4. Hitung darah lengkap

HT mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel.

5. Kreatinin

Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal

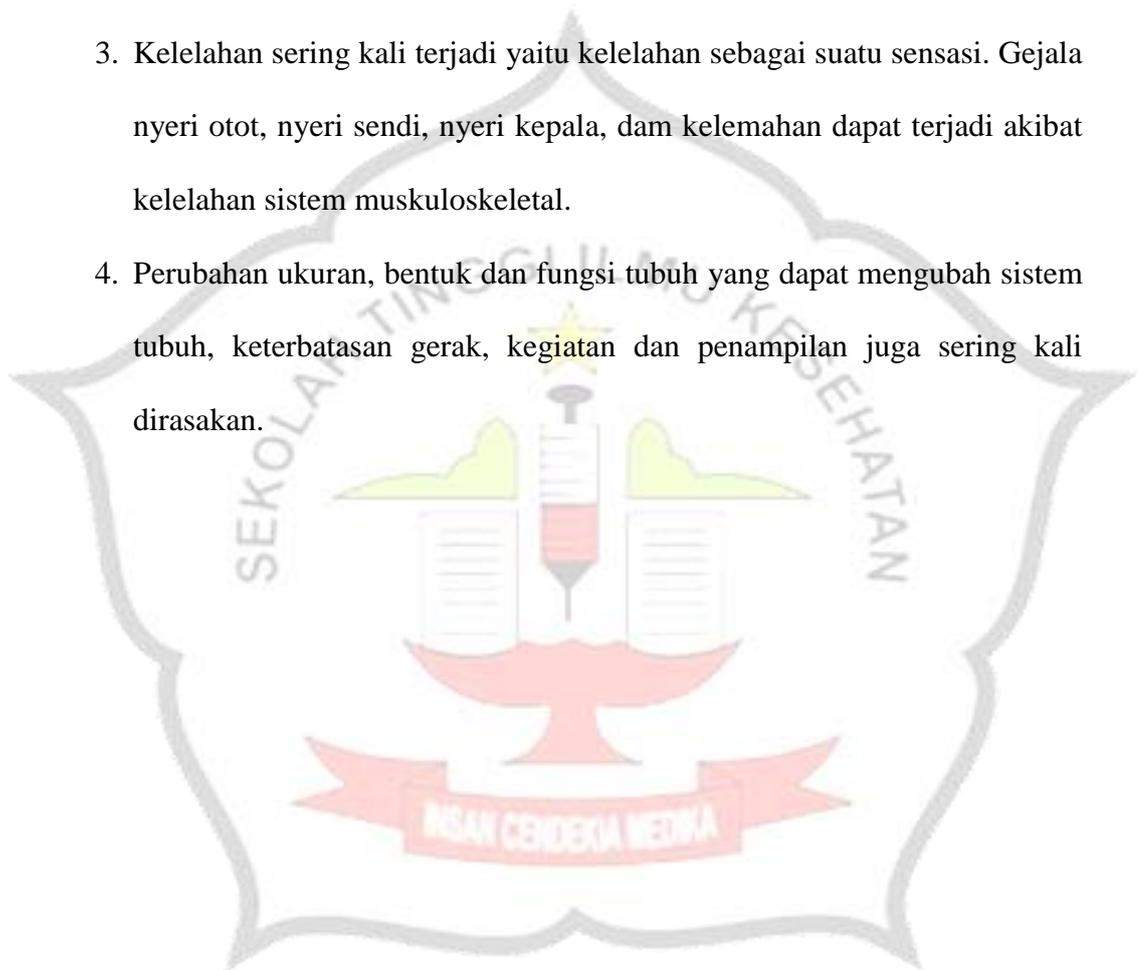
6. Profil kagulasi

Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati (Doenges dalam Jitowiyono, 2016)

2.1.9 Komplikasi

Menurut Sulistyaningsih (2016) komplikasi fraktur *post* ORIF yaitu:

1. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF, nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.
2. Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.
3. Kelelahan sering kali terjadi yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, nyeri kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal.
4. Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan dan penampilan juga sering kali dirasakan.



2.1.10 Penatalaksanaan

Tindakan penanganan fraktur dibedakan berdasarkan bentuk dan lokasi serta usia. Berikut adalah tindakan pertolongan awal pada fraktur menurut (Muttaqin, 2015) :

1. Kenali ciri awal patah tulang memperhatikan riwayat trauma yang terjadi karena benturan, terjatuh atau tertimpa benda keras yang menjadi alasan kuat pasien mengalami fraktur.
2. Jika ditemukan luka yang terbuka, bersihkan dengan antiseptic dan bersihkan perdarahan dengan cara di perban.
3. Lakukan reposisi (pengembalian tulang ke posisi semula) tetapi hal ini hanya boleh dilakukan oleh para ahli dengan cara operasi oleh ahli bedah untuk mengembalikan tulang ke posisi semula.
4. Pertahankan daerah patah tulang dengan menggunakan bidai atau papan dari kedua posisi tulang yang patah untuk menyangga agar posisi tulang tetap stabil.
5. Berikan *analgesic* untuk mengurangi rasa nyeri pada sekitar perlukaan.
6. Beri perawatan pada perlukaan fraktur baik pre operasi maupun *post* operasi.

Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula(reposisi) dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang atau imobilisasi (Sjamsuhidayat & Jong, 2015).

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah :

1. Fraktur Terbuka

adalah kasus emergency karena dapat terjadi kontaminasi oleh bakteri dan disertai perdarahan yang hebat dalam waktu 6-8jam (*golden period*). Kuman belum terlalu jauh dilakukan : pembersihan luka, *exici*, *heacting situasi*, *antibiotic*.

Ada beberapa prinsipnya yaitu :

- a. Harus ditegakkan dan ditangani terlebih dahulu akibat trauma yang membahayakan jiwa *airway*, *breathing* dan *circulation*.
- b. Semua patah tulang terbuka adalah kasus gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang meliputi pembidaian, menghentikan perdarahan dengan bidai, menghentikan perdarahan besar dengan klem.
- c. Pemberian *antibiotic*
- d. *Dibredemen* dan irigasi sempurna
- e. Stabilisasi.
- f. Penutup luka
- g. Rehabilitasi.
- h. *Life saving*.

Semua penderita patah tulang terbuka diingat sebagai penderita dengan kemungkinan besar mengalami cedera ditempat lain yang serius. Hal ini perlu ditekankan bahwa terjadinya patah tulang diperlukan gaya yang cukup kuat yang sering kali dapat

berakibat total dan berakibat multi organ. Untuk life saving prinsip dasar yaitu : *airway, breathing, and circulation*.

i. Semua patah tulang terbuka dalam kasus gawat darurat

Dengan terbukanya *barrier* jaringan lunak maka patah tulang tersebut terancam untuk terjadinya infeksi seperti kita ketahui bahwa periode 6 jam sejak patah tulang terbuka luka yang terjadi masih dalam stadium kontaminasi (*golden period*) dan setelah waktu tersebut luka berubah menjadi luka infeksi. Oleh karena itu penanganan patah tulang terbuka harus dilakukan sebelum periode terlampaui agar sasaran terakhir penanganan patah tulang terbuka tercapai walaupun ditinjau dari segi prioritas penanganannya. Tulang secara primer menempati urutan prioritas ke 6. Sasaran akhir ini adalah mencegah sepsis, penyembuhan tulang, dan pulihnya fungsi.

j. Pemberian Antibiotik

Mikroba yang ada dalam luka patah tulang terbuka sangat bervariasi tergantung dimana patah tulang itu terjadi. Pemberian antibiotik yang tepat sukar untuk ditentukan hanya saja sebagai pemikiran sadar. Sebaliknya antibiotika dengan spectrum luas untuk kuman gram positif maupun negatif.

k. *Debridemen* dan Irigasi

Debridemen untuk membuang semua jaringan mati pada daerah patah terbuka baik berupa benda asing maupun jaringan lokal yang mati. Irigasi untuk mengurangi kepadatan kuman dengan

cara mencuci luka dengan larutan fisiologis dalam jumlah banyak baik dengan tekanan maupun tanpa tekanan.

1. Stabilisasi

Untuk penyembuhan luka dan tulang sangat diperlukan stabilisasi fragmen tulang, cara stabilisasi tulang tergantung derajat patah tulang terbukanya dan fasilitas yang ada. Pada derajat 1 dan 2 dapat dipertimbangkan pemasangan fiksasi dalam secara primer, untuk derajat 3 dianjurkan fiksasi luar. Stabilisasi ini harus sempurna agar dapat segera dilakukan langkah awal dari rehabilitasi pengguna.

2. Fraktur tertutup

Penatalaksanaan fraktur tertutup yaitu dengan pembedahan, perlu diperhatikan karena memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif perioperatif yaitu Reduksi tertutup dengan memberikan traksi secara lanjut dan *counter* traksi yaitu memanipulasi serta imobilisasi eksternal dengan menggunakan gips. Reduksi tertutup yaitu dengan memberikan fiksasi eksternal atau fiksasi perkuatan dengan K-wire.

3. Seluruh Fraktur

a. Rekognisis/Pengenalan

Riwayat kajian harus jelas untuk menentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya.

b.

Reduksi/

Manipulasi/Reposisi

c. Upaya untuk memanipulasi fragmen tulang supaya kembali secara optimal seperti semula. Dapat juga diartikan reduksi fraktur (setting tulang) adalah mengembalikan fragmen tulang pada posisi kesejajarannya *rotasfanatomis*.

d. OREF(*Open Reduction an`d External Fixation*)

Penanganan *intraoperative* pada fraktur terbuka derajat III yaitu dengan cara reduksi terbuka di ikuti *fiksasi eksternal* OREF sehingga diperoleh stabilisasi fraktur yang baik. Keuntungan fiksasi eksternal adalah memungkinkan stabilisasi fraktur sekaligus menilai jaringan lunak sekitar dalam masa penyembuhan fraktur. Penanganan pasca operasi yaitu perawatan luka dan pemberian antibiotik untuk mengurangi resiko infeksi, pemberian radiologic serial, darah lengkap serta rehabilitasi berupa latihan-latihan secara teratur dan bertahap sehingga ketiga tujuan utama penanganan fraktur bisa tercapai yaitu union (penyambungan tulang kembali secara sempurna), sembuh secara otomatis (penampakan fisik organ anggota gerak baik proporsional) dan sembuh secara fungsional (tidak ada kekakuan dan hambatan lain dalam melakukan gerakan).

e. ORIF(*Open Reduction Internal Fixation*)

ORIF adalah suatu bentuk pembedahan dengan pemasangan internal fiksasi pada tulang yang mengalami fraktur. Fungsi ORIF untuk mempertahankan posisi agar fragmen tulang agar tetap menyatu dan tidak mengalami pergeseran. Internal fiksasi

ini berupa *Intra Modullary Nail* biasanya digunakan untuk fraktur tulang panjang dengan tipe fraktur transfer.

f.

R

etensi/Imobilisasi

Upaya yang dilakukan untuk menahan fragmen tulang sehingga kembali seperti semula secara optimal. Setelah fraktur di reduksi, fragmen tulang harus di imobilisasi atau dipertahankan kesejajarannya yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi eksternal atau internal. Metode fiksasi eksternal meliputi pembalutan gips, bidai, traksi kontinu, dan teknik gips atau fiksator eksternal. Implant logam dapat digunakan untuk fiksasi internal untuk imobilisasi fraktur.

g. Rehabilitasi

Menghindari atropi dan kontraktur dengan fisioterapi. Segala upaya diarahkan pada penyembuhan tulang dan jaringan lunak. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Status neurovaskuler (Misal Pengkajian peredaran darah, nyeri, perabaan, gerakan) dipantau dan ahli bedah ortopedi diberitahu segera bila ada tanda gangguan neurovaskuler.

2.2 Konsep Teori Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Lynda, 2015 : 50).

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

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (Nanda, 2015).

2.2.2 Klasifikasi

1. Berdasarkan sumber nyeri, dapat dibagi menjadi:

a. Nyeri somatik luar

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

b. Nyeri somatik dalam

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

c. Nyeri viseral

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

2. Berdasarkan 5 aksin:

- a. Aksin I : lokasi anatomi nyeri.
- b. Aksin II : sistem organ primer ditubuh yang berhubungan dengan timbulnya nyeri.
- c. Aksin III : karakteristik nyeri (tunggal, regular, kontinu).
- d. Aksin IV : awalan terjadinya nyeri
- e. Aksin V : etiologi nyeri

3. Berdasarkan jenisnya nyeri juga dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Nyeri *nosiseptif*

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

b. Nyeri *neurogenik*

Nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada system saraf perifer. Hal ini disebabkan oleh cedera pada jalur serat *saraf perifer*, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya *saraf perifer*. Sensasi yang dirasakan adalah rasa panas dan seperti ditusk-tusuk dan kadang disertai hilangnya rasa atau adanya rasa tidak enak pada perabaan. Nyeri *nerogenik* dapat menyebabkan terjadinya *allodynia*. Hal ini mungkin terjadi secara mekanik atau peningkatan sensitivitas dari noradrenalin yang kemudian menghasilkan *sympathetically maintained pain* (SMP). SMP merupakan komponen pada nyeri kronik. Nyeri tipe ini sering menunjukkan respon yang buruk pada pemberian analgetik konvensional.

c. Nyeri psikogenik

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

4. Berdasarkan timbulnya nyeri dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Nyeri akut

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

1. Nyeri somatik luar: nyeri tajam dikulit, subkutis dan mukosa

2. Nyeri somatik dalam :nyeri tumpul pada ototrangka, sendi dan jaringanikat
3. Nyeri viseral : nyeri akibat disfungsi organ viseral

b. Nyeri kronik

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

5. Berdasarkan derajat nyeri dikelompokkan menjadi:

- a. Nyeri ringan adalah nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari hari dan menjelang tidur.
- b. Nyeri sedang adalah nyeri terus-menerus, aktivitas terganggu yang hanya hilang bila penderita tidur.
- c. Nyeri berat adalah nyeri terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur dan sering terjaga akibat nyeri.

2.3.2 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2015) etiologi fraktur terdiri dari :

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan pada jaringan bedah atau cidera.
2. *Iskemik* jaringan
3. *Spasmus* merupakan suatu keadaan kontraksi yang tidak disadari atau terkendali dan sering menimbulkan rasa sakit. Spasme biasanya terjadi pada otot yang kelelahan dan bekerja berlebihan, khususnya ketika otot

tegang berlebihan atau diam menahan posisi yang tetap dalam waktu yang lama.

4. Inflamasi pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan lokal dan juga ada pengeluaran zat kimia bioaktif lainnya.
5. *Postop*
6. Tanda dan gejala fisik
7. Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom.
8. Efek perilaku
9. Klien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Klien seringkali meringis.
10. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari.

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah:

1. Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh: individu dari budaya tertentu cenderung *ekspresif* dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibanding dewasa, kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Sedangkan prevalensi nyeri pada lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

5. Pengalaman masa lalu berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaan terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

6. Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa disekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya individu yang mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Muttaqin, 2015 yaitu :

1. Gangguan tidur
2. Posisi menghindari nyeri
3. Raut wajah kesakitan
4. Perubahan nafsu makan
5. Tekanan darah meningkat
6. Nadi meningkat
7. Gerakan menghindari nyeri
8. Pernafasan meningkat

2.2.5 Pathofisiologi

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

sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Mubarak dalam Jitowiyono,2016).

2.2.6 Komplikasi

Menurut Muttaqin, 2015 komplikasi terdiri dari :

1. Edema pulmonal
2. Kejang
3. Masalah mobilisasi
4. Hipertensi
5. Hipovolemik
6. Hipertermi

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut (Doenges dalam Jitowiyono, 2016) yaitu :

1. Pemeriksaan rontgen
2. Menentukan lokasi/luanya fraktur/trauma
3. Scan tulang, scan CT/MRI
4. Memperlihatkan fraktur,juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
5. *Arteriogram*
6. Dilakukan bila kerusakan vaskuler di curigai
7. Hitung darah lengkap
8. HT mungkin meningkat (*hemokonsentrasi*) atau menurun (pendarahan bermakna pada sisi fraktur) perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh pada multipel.
9. Kreatinin

10. Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal
11. Profil kagulasi
12. Penurunan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cidera hati.

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Muttaqin, 2015) antara lain :

1. Non farmakologis (Distraksi)

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

2. Farmakologis

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

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

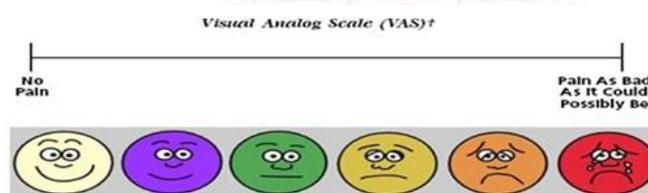
1. Skala 0 : Tidak nyeri
2. Skala 1 : Nyeri sangat ringan
3. Skala 2 : Nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit.
4. Skala 3 : Nyeri sudah mulai berasa, namun masih bisa ditoleransi.
5. Skala 4 : Nyeri cukup mengganggu (Contoh : nyeri sakit gigi)
6. Skala 5 : Nyeri benar-benar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

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

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

1. VAS (*Visual Analog Scale*)

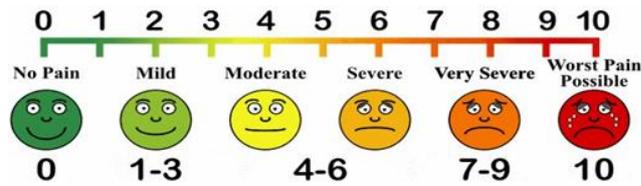
Visual Analog Scale merupakan skala linear yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri yang diderita. Visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin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



Gambar 2.2 skala nyeri VAS

2. VRS (*Verbal Rating Scale*)

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



Gambar 2.2 skala nyeri VRS

3. NRS (*Numeric Rating Scale*)

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



Gambar 2.2 skala nyeri NRS

4. Wong-Baker Pain Rating Scale

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



Gambar 2.2 skala nyeri Wong-Baker Pain Rating Scale

5. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

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

6. *Oswestry Disability Index (ODI)*

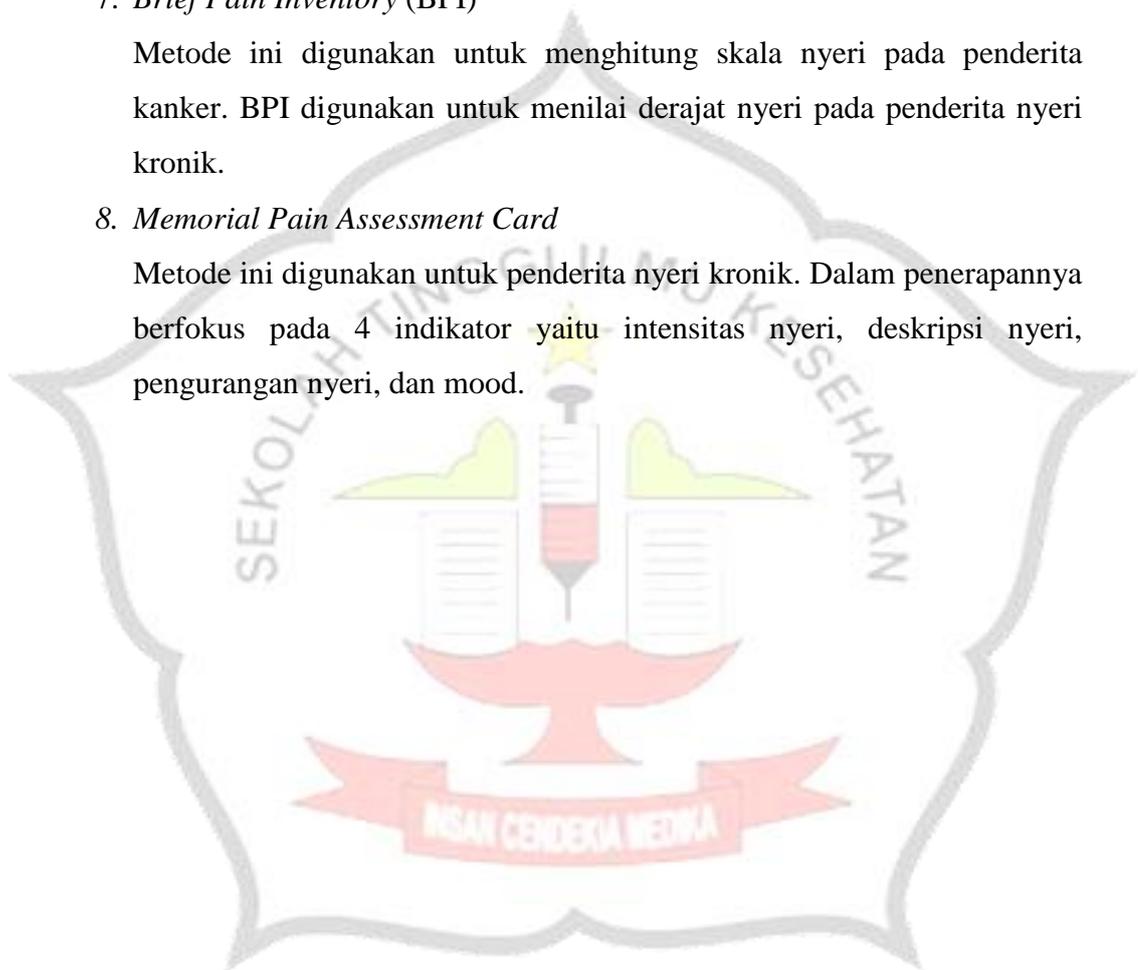
Metode deteksi skala nyeri yang bertujuan untuk mengukur derajat kecacatan dan indeks kualitas hidup dari penderita nyeri, khususnya nyeri pinggang. Pada penerapannya pasien akan melakukan serangkaian tes guna mengidentifikasi intensitas nyeri, kemampuan gerak motorik, kemampuan berjalan, duduk, fungsi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

7. *Brief Pain Inventory (BPI)*

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

8. *Memorial Pain Assessment Card*

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



2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian Asuhan keperawatan pada klienfraktur menurut (Muttaqin, 2015) yaitu :

1. Identitas klien

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, bangsa, pendidikan, pekerjaan tanggal MRS, diagnosa medis, nomor registrasi.

2. Keluhan utama

Keluhan utamapada masalah fraktur yaitu nyeri. Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan. Unit memperoleh data pengkajian yang yang lengkap mengenai data pasien di gunakan :

- a. *Proboking insiden* : apa ada peristiwa faktor nyeri.
- b. *Quality of pain* : bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien. Apakah panas, berdenyut / menusuk.
- c. *Region Radiation of pain* : apakah sakitbisa reda dalam sekejap, apa terasa sakit menjalar, dan dimana posisi sakitnya.
- d. *Severity/scale of pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien berdasarkan skala nyeri.
- e. *Time* : berapakah waktu nyeri berlangsung, apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien patah tulang disebabkan karena trauma / kecelakaan, dapat secara *degenerative*/patologis yang disebabkan awalnya

pendarahan, kerusakan jaringan di sekitar tulang yang mengakibatkan nyeri, bengkak, pucat/perubahan warna kulit dan terasa kesemutan.

c. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien mengalami patah tulang paha atau pasien pernah punya penyakit menurun sebelumnya. Memiliki penyakit *osteoporosis/arthritis* atau penyakit lain yang sifatnya menurun atau menular.

d. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi hidup sehat

Klien fraktur apakah akan mengalami perubahan atau gangguan pada *personal hygiene* atau mandi.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Klien fraktur tidak ada perubahan nafsu makan, walaupun menu makanan disesuaikan dari rumah sakit.

c. Pola eliminasi

Perubahan BAK/BAB dalam sehari, apakah mengalami kesulitan waktu BAB di kaenakan imobilisasi, feses warna kuning, pada pasien fraktur tidak ada gangguan BAK.

d. Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan pada pola tidur apakah ada gangguan yang disebabkan karena nyeri, misalnya nyeri karena fraktur.

e. Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas pada klien yang mengalami gangguan karena fraktur mengakibatkan kebutuhan pasien perlu dibantu oleh perawat atau keluarga.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Klien mengalami gangguan percaya diri sebab tubuhnya perubahan pasien takut cacat / tidak dapat bekerja lagi.

g. Pola sensori kognitif

Adanya nyeri yang disebabkan kerusakan jaringan, jika pada pola kognitif atau pola berfikir tidak ada gangguan.

h. Pola hubungan peran

Terjadi hubungan peran interpersonal yaitu klien merasa tidak berguna sehingga menarik diri.

i. Pola pengulangan stress

Penting ditanyakan apakah membuat pasien menjadi depresi / kepikiran mengenai kondisinya.

j. Pola reproduksi seksual

Jika pasien sudah berkeluarga maka mengalami perubahan pola seksual dan reproduksi, jika pasien belum berkeluarga pasien tidak mengalami gangguan pola reproduksi seksual.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Terjadi kecemasan/stress untuk pertahanan klien meminta mendekatakan diri pada Allah SWT.

2.3.2 Pemeriksaan fisik

Menurut (Muttaqin 2015) ada dua macam pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan fisik secara umum (status general) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (*local*). Hal ini diperlukan untuk dapat melaksanakan perawatan total (*total care*).

1. Pemeriksaan fisik secara umum

Keluhan utama:

- a. Kesadaran klien : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis yang bergantung pada klien
- b. Kedaan penyakit : akut, kronis, ringan, sedang, berat. Tanda-tanda vital tidak normal terdapat gangguan lokal, baik fungsi maupun bentuk.
- c. Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan, baik fungsi maupun bentuk.

Pemeriksaan fisik secara *Head To Toe*:

a. Kepala

Inspeksi : Simetris, ada pergerakan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

b. Leher

Inspeksi : Simetris, tidak ada penonjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada

c. Wajah

Inspeksi : Simetris, terlihat menahan sakit,

Palpasi : Tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, dan tidak ada oedema.

d. Mata

Inspeksi : Simetris

Palpasi : Tidak ada gangguan seperti kongjungtiva tidak anemis
(karena tidak terjadi perdarahan)

e. Telinga

Inspeksi : Normal, simetris,

Palpasi : Tidak ada lesi, dan nyeri tekan

f. Hidung

Inspeksi : Normal, simetris

Palpasi : Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung

g. Mulut

Inspeksi : Normal, simetris

Palpasi : Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

h. Thoraks

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak

Palpasi : Iktus cordis tidak teraba

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Tidak ada ronchi, wheezing, dan bunyi jantung I, II
reguler

i. Paru.

Inspeksi :Pernafasan meningkat,regular atau tidak tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.

Palpasi:Pergerakan simetris, fermitus teraba sama.

Perkusi:Sonor, tidak ada suara tambahan.

Auskultasi : Suara nafas normal, tidak ada wheezing atau suara tambahan lainnya.

j. Jantung

Inspeksi :tidak tampak iktus jantung

Palpasi :nadi meningkat, iktus tidak teraba

Auskultasi:suara S1 dan S2 tunggal

k. Abdomen

Inspeksi : simetris,bentuk datar

Palpasi :turgor baik, tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi :suara timpani, ada pantulan gelombang cairan

Auskultasi : peristaltic usus normal \pm 20 x/menit

l. Inguinal, genetalia, anus

Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada kesulitan

BAB.

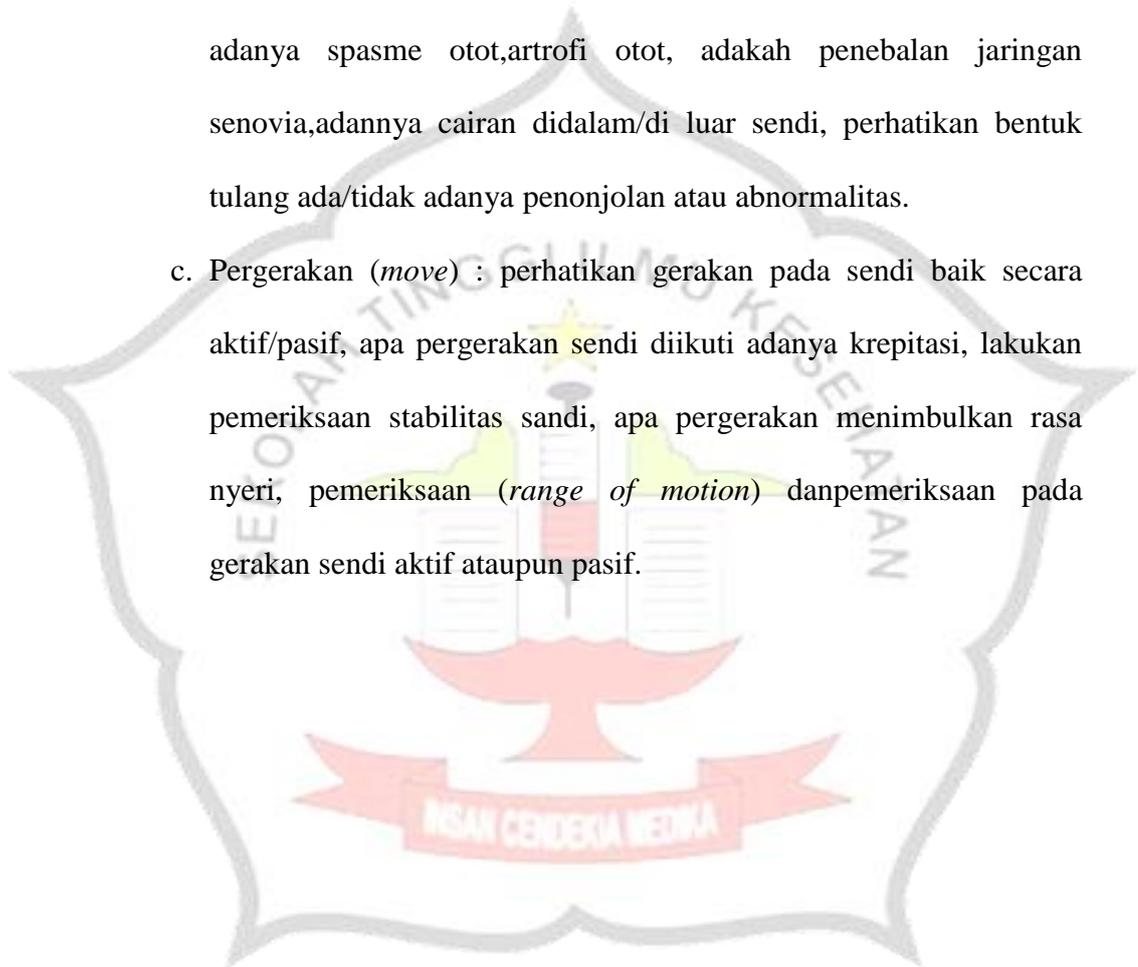
2. Keadaan luka.

Pemeriksaan pada system musculoskeletal adalah sebagai berikut:

- a. Inspeksi (*look*) : pada inspeksi dapat di perhatikan wajah klien, kemudian warna kulit, kemudian syaraf, tendon, ligament, dan jaringan lemak, otot,kelenjar limfe, tulang dan sendi, apakah ada

jaringan parut, warna kemerahan atau kebiruan atau hiperpigmentasi, apa ada benjolan dan pembengkakan atau adakah bagian yang tidak normal.

- b. Palpasi (*feel*) pada pemeriksaan palpasi yaitu : suatu pada kulit, apakah teraba denyut arterinya, raba apakah adanya pembengkakan, palpasi daerah jaringan lunak supaya mengetahui adanya spasme otot, artrofi otot, adakah penebalan jaringan senovia, adanya cairan didalam/di luar sendi, perhatikan bentuk tulang ada/tidak adanya penonjolan atau abnormalitas.
- c. Pergerakan (*move*) : perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif/pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sandi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan (*range of motion*) dan pemeriksaan pada gerakan sendi aktif ataupun pasif.



2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d terputusnya kontinuitas jaringan atau cedera jaringan lunak.
2. Hambatan mobilitas fisik b/d nyeri, pembengkakan, prosedur bedah, imobilisasi.
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan b/d edema.
4. Resiko syok hipovolemik b/d perdarahan



2.3.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan atau cedera jaringan lunak	NOC : a. Pain Level b. Pain Control c. Comfort Level	NIC : 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri, berapalama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign
Batasan karakteristik: a. Perubahan selera makan b. Perubahan pada parameter fisiologis c. Diaforesis d. Perilaku distraksi e. Bukti nyeri dengan daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya f. Perilaku ekspresif g. Ekspresi wajah nyeri h. Sikap tubuh melindungi i. Putus asa	Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik <i>non farmakologi</i> untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal	
Faktor yang berhubungan: a. Agen cedera fisik b. Agen cedera kimiawi c. Agen cedera biologis		

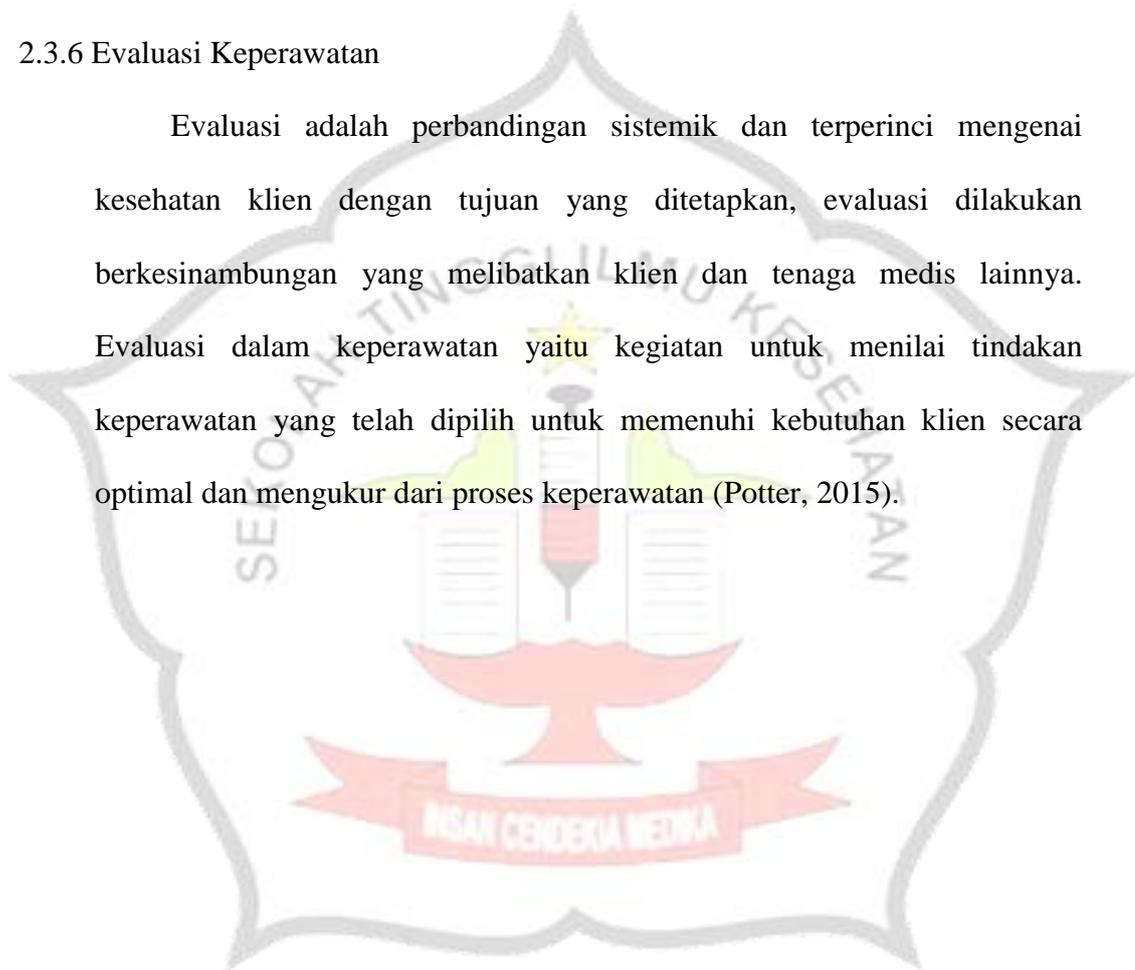
(NANDA NIC NOC, 2015)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya (Potter, 2015).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Potter, 2015).



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah sebuah studi kasus, studi yang meneliti salah satu masalah secara terperinci dan memiliki pengambilan dan pengumpulan data secara menyeluruh dengan menyertakan berbagai sumber data. Penelitian ini dibatasi oleh peristiwa, aktivitas individu sesuai dengan waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari (Notoadmojo, 2016). Penelitian studi kasus ini untuk meneliti asuhan keperawatan pada klienfraktur dengan masalah nyeri di RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah (untuk versi kuantitatif disebut sebagai definisi operasional) yaitu pernyataan istilah kunci yang menjadi fokus pada penelitian studi kasus adalah :

- 1) Asuhan keperawatan yang di berikan pada klienfraktur yaitu suatu kegiatan praktek keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien mulai dari pengumpulan data klien, analisa data, dan penentuan diagnosa keperawatan, melakukan pelaksanaan, dan penelitian tindakan keperawatan, melakukan pelaksanaan dan penelitian tindakan keperawatan (evaluasi).

Fraktur adalah patah tulang disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik.

Kekuatan dan sudut dari tenaga tersebut, keadaan tulang,dan jaringan

lunak disekitar tulang apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap.

- 2) Nyeri adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya.
- 3) RSUD Bangil adalah Rumah Sakit Daerah Kota Pasuruan yang merawat klien fraktur dengan masalah nyeri.

3.3 Partisipan

Penelitian ini menggunakan 2 klien yang di diagnosa mengalami fraktur dengan masalah keperawatan nyeri di RSUD Bangil Pasuruan dengan kriteria yaitu

- 1) 2 klien yang dirawat 3 hari sejak pertama masuk Rumah Sakit.
- 2) 2 klien dengan diagnosa medis fraktur femur.
- 3) 2 klien dengan masalah keperawatan nyeri.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan Waktu penelitian merupakan suatu tempat yang akan dilakukannya suatu penelitian. Lokasi studi kasus didasarkan pada :

- 1) Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat di Jl. Raya Raci-Bangil Pasuruan.

- 2) Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari-April 2020.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian diperlukan beberapa teknik menurut (Notoadmojo, 2016) antara lain :

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama riwayat penyakit sekarang dahulu keluarga, sumber data lain dari klien keluarga, perawat lainnya)
- 2) Observasi dengan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
- 3) Studi dokumentasi (hasil dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi (Notoadmojo, 2016). Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama) uji keabsahan data dilakukan dengan:

- 1) Memperpanjang waktu keabsahan / tindakan
- 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber utama yaitu pasien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari interpretasi wawancara mendalam yang digunakan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti di bandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi di dalam intervensi tersebut (Notoadmojo, 2016). Urutan dalam analisis adalah:

1) Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan/ implementasi, dan evaluasi.

2) Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang di terapkan. Data objektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnosa kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teksnaratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4) Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etik penelitian

Menurut (Nursalam, 2014) dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

- 1) *Informed consent* (persetujuan menjadi responden) di mana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu di cantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
- 2) *Anonymity* (tanpa nama) dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus data yang dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*).
- 3) *Confidentiality* (kerahasiaan) yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian bertempat di RSUD Bangil Pauruan Jl. Raya Raci Bangil Pasuruan. RSUD Bangil merupakan Rumah Sakit Tipe B dengan akreditasi paripurna. Penelitian dilakukan di Ruang Melati, dimana di Ruang Melati terdapat 16 kamar dan 106 tempat tidur.

4.1.2 Pengkajian

1. Tabel Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Tn. S	Tn.W
Umur	40 Tahun	45 Tahun
Agama	Islam	Islam
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Dx Medis	Fraktur Femur	Fraktur Femur
Tanggal MRS	04-04-2020	08-04-2020
Tanggal Pengkajian	05-04-2020	09-04-2020
No. RM	00-4x-xx	00-5x-xx

2. Tabel Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan sakit pada luka fraktur femur.	Klien mengatakan nyeri pada luka fraktur femur.
Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Klien mengatakan bahwa ia baru mengalami kecelakaan dan dibawa ke RS oleh warga sekitar dan didapatkan hasil pemeriksaan TD : 140/70mmHg, N : 94 x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,7 C.</p> <p>P : Nyeri ketika bergerak</p> <p>Q : Seperti tertusuk sesuatu.</p> <p>R : Paha kanan</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Saat digerakkan terasa nyeri.</p>	<p>Klien mengatakan bahwa ia jatuh dari tangga rumah dan setelah 2 hari klien baru dibawa ke RS karena klien merasakan nyeri yang parah pada bagian femur atau paha, kemudian dilakukan pemeriksaan TD : 120/80mmHg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>S : 36,2⁰C</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>dan didapatkan klien mengalami fraktur femur dan klien harus dirawat di RS untuk dilakukan operasi.</p> <p>P : Nyeri ketika bergerak</p> <p>Q:Seperti tertusuk sesuatu</p> <p>R : Paha kanan</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Saat digerakkan terasa nyeri.</p>
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit DM, TB, Hipertensi, Stroke, dll.	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit DM, TB, Hipertensi, Stroke, dll.
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun.	Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun.
Riwayat Penyakit Menular	Klien mengatakan bahwa ia	Klien mengatakan bahwa

tidak memiliki penyakit ia tidak memiliki penyakit
menular seperti TB, dll. menular seperti TB, dll.

3. Tabel Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1 Sebelum MRS	Setelah MRS	Klien 2 Sebelum MRS	Setelah MRS
Pola Nutrisi	Klien mengatakan dirumah makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, dan sayur serta minum sekitar 1000cc/hari.	Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, dan minum sekitar 1000cc/hari.	Klien mengatakan dirumah makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, sayur serta minum sekitar 800cc/hari.	Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, sayuran serta minum sekitar 800cc/hari.
Pola Eliminasi	Klien BAB 1x sehari BAK 3-4x sehari kurang lebih 500cc.	Klien BAB 1x sehari BAK 2-3 x sehari kurang lebih 400cc.	Klien BAB 1x sehari BAK 3-4x sehari kurang lebih 500cc.	Klien BAB 1x sehari BAK 2-3x sehari kurang lebih 500cc.
Pola Istirahat Tidur	Klien mengatakan susah tidur. Saat dirumah 6-8 jam sehari mulai jam 21.00-04.00 WIB dan klien jarang tidur siang.	Klien mengatakan susah tidur dikarenakan tidak nyaman karena nyeri. Tidur hanya 4-6 jam sehari dan sering terbangun.	Klien mengatakan tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 04.30. Klien tidur siang kurang lebih 2 jam.	Klien mengatakan sulit tidur dikarenakan nyeri pada luka dan saat digerakkan juga nyeri.
<i>Personal hygiene</i>	Klien mandi 2-3x sehari, ganti pakaian 1-2x sehari, keramas 2 hari sekali dan menggosok gigi 1x sehari.	Klien diseka oleh keluarga 2x sehari pagi dan sore, ganti pakaian 1x sehari, belum keramas	Klien mandi 1-2x sehari, mengganti pakaian 1-3x sehari, keramas 1x sehari, dan menggosok	Klien diseka oleh keluarga 2x sehari, mengganti pakaian 1x sehari, belum keramas selama di RS, dan menggosok gigi 1x sehari.

selama di RS, gigi 1x sehari.
 dan
 menggosok
 gigi 1x sehari.

4. Tabel Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
TD	140/70 mmHg	120/80mmHg
N	94x/menit	92x/menit
S	36,7 ⁰ C	36,2 ⁰ C
RR	24 x/menit	22x/menit
Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)		
Kepala	Inspeksi : Kulit kepala bersih, bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada benjolan.	Inspeksi : Kulit kepala bersih, bentuk kepala simetris, warna rambut putih, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada oedema, tidak ada benjolan.
Leher	Inspeksi : Warna leher sawo matang, tidak ada perbedaan warna, tidak ada pembesaran kelenjar. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri.	Inspeksi : Warna leher hitam, tidak ada pembesaran kelenjar. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada nyeri.
Wajah	Inspeksi : Warna kulit wajah sawo matang, bentuk simetris, adanya luka di pipi kiri dan dahi.	Inspeksi : Warna kulit wajah hitam, bentuk simetris, tidak ada luka. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema.

	Palpasi : Adanya nyeri tekan pada pipi kiri dan dahi, tidak ada oedema.	
Mata	Inspeksi : Bentuk simetris, kelopak mata normal, konjungtiva merah muda, tidak memakai kaca mata.	Inspeksi : Bentuk simetris, kelopak mata normal, konjungtiva merah muda, tidak memakai kaca mata.
Telinga	Inspeksi : Ukuran telinga kanan dan kiri sama, bentuk simetris, pendengaran normal. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daun telinga.	Inspeksi : Ukuran telinga kanan dan kiri sama, bentuk simetris, pendengaran normal. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daun telinga.
Hidung	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema.	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema.
Mulut	Inspeksi : Warna mukosa mulut pink, lembab, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap.	Inspeksi : Warna mukosa mulut pink, lembab, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, gigi lengkap.
Paru	Inspeksi : Bentuk dan postur dada normal, tidak ada penonjolan paru, tidak ada oedema.	Inspeksi : Bentuk dan postur dada normal, tidak ada penonjolan paru, tidak ada oedema. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: Suara nafas vasikuler,

	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.	tidak ada suara nafas tambahan.
	Auskultasi : Suara nafas vasikuler, tidak ada suara tambahan.	
Jantung	Auskultasi : Suara jantung I/S1 (lub), suara jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi tambahan.	Auskultasi : Suara jantung I/S1 (lub), suara jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi tambahan.
Abdomen	Inspeksi : Tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi : Tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
Inguinal, genetalia, anus	Inspeksi : Tidak ada lecet	Inspeksi : Tidak ada lecet
Pemeriksaan ekstermitas atas	Inspeksi : Ada lecet pada telapak tangan kanan, siku dan bahu kanan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kedua tangan.	Inspeksi : Tidak ada keterbatasan pergerakan pada sistem ekstermitas atas, tidak ada oedema. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
Pemeriksaan ekstermitas bawah	Inspeksi : Terdapat luka pada bagian paha kanan. Adanya keterbatasan gerak pada kaki kanan dikarenakan rasa nyeri. P : Nyeri ketika bergerak.	Inspeksi : Terdapat luka pada bagian paha kanan. Adanya keterbatasan gerak pada kaki kanan dikarenakan rasa nyeri. P : Nyeri ketika bergerak Q : Seperti tertusuk sesuatu R : Paha kanan. S : Skala 5 T : Saat digerakkan terasa nyeri.

Q : Seperti

tertusuk

sesuatu.

R: Paha kanan.

S : Skala 6

T : Saat

digerakkan

terasa nyeri.

Data Psikososial Spiritual	Klien mengatakan pasrah dan menerima penyakitnya tersebut, dan menyerahkan kesembuhannya kepada Allah.	Klien mengatakan pasrah dan menerima penyakitnya tersebut, dan menyerahkan kesembuhannya kepada Allah.
-------------------------------	--	--

5. Tabel Hasil Pemeriksaan Diagnostic

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	
Pemeriksaan Radiologi	Terdapat fraktur	Terdapat fraktur	
Lab. Pemeriksaan darah lengkap	Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
Leukosit (WBC)	8,821	10,58	3,70-10,1
Neutrofil	4,6	9,7	
Limfosit	2,9	0,5	
Monosit	0,5	0,2	
Eosinofil	0,3	0,1	
Basofil	0,1	0,0	
Neutrofil %	55,6 %	H 92,1 %	39,3-73,7 %
Limfosit %	34,5%	L 4,7 %	18,0-48,3 %
Monosit %	5,8%	L 1,8 %	4,40-12,7 %
Eosinofil %	3,4%	1,2%	0,600-7,70 %
Basofil %	0,7%	0,3%	0,00-1,70 %
Eritrosit (RBC)	5,048 x 10 ⁸ /μ	L 3,195, 10⁸/μ	4,6-6,2 x 10 ⁸ /μ
Hemoglobin (HGB)	L 9, 62 g/ DL	L 9,68 g/dL	13,5-18 g/dL
Hematokrit (HCT)	L 32,65 %	L 29,27 %	40-54%

MCV	L 64,68 μm^3	91,61 μm^3	81,1-96,0 μm^3
MCH	L 19,06 pg	30,28 pg	27,0-31,2 pg
MCHC	L 29,48 g/dL	3,06 g/dL	31,8-35,4 g/dL
RDW	H 17,61 %	H 15,42%	11,5-14,5 %
PLT	H 43310³/μL	283 x 10 ³ / μL	155-366. 10 ³ / μL
MPV	6,382 fL	6,295 fL	6,90-10,6 fL
KIMIA			
KLINIK			
Gula Darah		138mg/dL	<200mg/dL
Sewaktu			



6. Tabel Terapi Pengobatan

Terapi Pengobatan	
Klien 1	Klien 2
Infus :	Infus :
NaCl 1000 cc	NaCl 1000 cc
RL 1000 cc	RL 1000 cc
Injeksi :	Injeksi :
Inj. Ondansetron 2x1 mg	Inj. Ceftriaxone 2x1 mg
Inj. Antrain 3x500 mg	Inj. Ranitidine 2x50 mg
Inj. Ceftriaxone 2x1 mg	Inj. Ondansetron 2x1 mg
Inj. Dexametason 5mg/ml	Inj. Antrain 2x500 mg
Inj. Ketorolac 3x30 mg	Inj. Dexametason 5 mg/ml
Inj. Ranitidine 2x50 mg	Inj. Ketorolac 3x30 mg
Oral : Xarelto 1x1	Oral : Xarelto 1x1

7. Tabel Analisa Data

Klien 1

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Ds : Klien mengatakan nyeri pada luka fraktur femur.	Trauma langsung, trauma tidak langsung, kondisi patologis	Nyeri akut
Do : k/u lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, Terpasang cateter dengan ukuran 16.	Fraktur (terbuka atau tertutup)	
TD : 140/70mmHg	Kehilangan integritas tulang	
N : 94 x/menit		
S : 36,7 ⁰ C	Ketidakstabilan posisi fraktur	
RR : 24x/menit	apabila organ digerakkan	
P : Nyeri ketika bergerak.		
Q : Seperti tertusuk sesuatu.	Fragmen tulang yang patah	
R : Paha kanan	menusuk organ sekitar	
S : Skala 6		
T : Saat digerakkan terasa nyeri.	Nyeri akut	

Klien 2

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Ds : Klien mengatakan nyeri pada luka	Trauma langsung, trauma tidak langsung, kondisi patologis	Nyeri akut
Do : k/u lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, Terpasang cateter.	↓ Fraktur (terbuka atau tertutup)	
TD : 120/80 mmHg	↓ Kehilangan integritas tulang	
N : 92 x/menit	↓ Ketidakstabilan posisi fraktur apabila organ digerakkan	
S : 36,2 ⁰ C	↓ Fragmen tulang yang patah menusuk organ sekitar	
RR : 22 x/menit	↓ Nyeri akut	
P : Nyeri ketika digerakkan		
Q : Seperti tertusuk sesuatu.		
R : Paha kanan.		
S : Skala 5		
T : Saat digerakkan terasa nyeri.		

7. Tabel Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		
Klien 1		Klien 2
Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik		Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik

8. Tabel Intervensi Keperawatan

Klien 1		
Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan nyeri yang dialami klien mengalami penurunan dengan kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang.	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Berikan informasi mengenai nyeri. 3. Melakukan perawatan luka 4. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas, dan faktor

-
- | | |
|---|---|
| <p>3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</p> <p>4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal.</p> | <p>pencetus.</p> <p>5. Pastikan perawatan analgesik pada klien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.</p> <p>6. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan.</p> <p>7. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.</p> <p>8. Periksa tingkat ketidaknyamanan.</p> <p>9. Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon klien.</p> |
|---|---|
-

Klien 2

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri yang dialami klien mengalami penurunan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri. 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang. 3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan informasi mengenai nyeri. 2. Melakukan perawatan luka. 3. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas, dan faktor pencetus. 4. Pastikan perawatan analgesik pada klien dilakukan dengan pemantauan yang ketat. 5. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan

-
6. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat.
 7. Periksa tingkat ketidaknyamanan.
 8. Memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
-

10. Tabel Implementasi Keperawatan

Klien 1

Jam	Hari/Tanggal	Paraf	Jam	Hari/Tanggal	Paraf	Jam	Hari/Tanggal
08.00			08.00	Memposisikan klien nyaman mungkin yaitu posisi <i>semifowler</i> .		08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 140/70mm Hg N : 94x/menit S : 36,7°C RR : 24x/menit
08.30			08.30	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 140/70mmHg		08.30	Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi.

bergerak.
 Q : Seperti
 tertusuk
 sesuatu
 R : Paha
 kanan
 S : Skala 6
 T : Saat
 digerakka
 n terasa
 nyeri.

N : 94 x/menit
 S : 36,7⁰C
 RR : 24x/menit.

Apabila
 nyeri
 timbul
 klien dapat
 melakukan
 teknik
 relaksasi
 dengan cara
 tarik nafas
 dalam
 melalui
 hidung,
 tahan
 sekitar 1-2
 detik dan
 keluarkan
 nafas
 pelan-
 pelan.
 Sedangkan
 teknik
 distraksi
 apabila
 nyeri
 timbul bisa
 dilakukan
 dengan
 berbincang-
 bincang ,
 menonton
 tv dan
 mendengar
 kan musik.

09.30 Mengganti
 cairan infus
 RL 20 tpm.

09.30 Memposisikan
 klien nyaman
 mungkin yaitu
 posisi
semifowler.

09.30 Mengganti
 cairan infus
 RL 20 tpm.



10.0	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD:140/70mmHg N : 94x/menit S : 36,7 ⁰ C RR: 24x/menit	10.00	Memberikan injeksi cefotaxime 1 gr dan injeksi ceterolac 10 mg.	10.00	Meningkatkan aktivitas klien yaitu menggerakkan kakinya supaya aliran darah lancar dan tidak terjadi oedema
------	---	-------	---	-------	---

Klien 2

Jam	Hari/Tanggal	Paraf	Jam	Hari/Tanggal	Paraf	Jam	Hari/Tanggal
08.00	Memberikan klien posisi senyaman mungkin yaitu posisi <i>semifowler</i> .		08.00	Menjelaskan penyebab dari nyeri yang timbul adalah akibat dari patah tulangnya.		08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital. TD : 120/80mmHg N : 92x/menit S : 36,2 ⁰ C RR : 22x/menit
09.00	Meningkatkan aktivitas klien dengan cara menggerakkan kakinya agar		09.00	Mengganti cairan infus RL 20 tpm.		09.00	Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif. P : Nyeri ketika bergerak. Q : Seperti tertusuk sesuatu. R : Paha kanan

aliran
darah
lancar
dan
tidak
terjadi
oedema
.

S : Skala 5
T : Saat
digerakkan
terasa nyeri.

10.00	Memposisikan klien senyaman mungkin yaitu posisi <i>semifowler</i> .	10.00	Melakukan kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian injeksi cefotaxime 1 gr, injeksi ceterolac 10 mg, dan injeksi ranitidine 50 mg.	10.00	Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Apabila nyeri timbul dapat melakukan teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam selama 1-2 detik dan keluarkan nafas pelan-pelan. Sedangkan teknik distraksi dengan mengajak berbincang-bincang, menonton tv, dan mendengarkan musik.
11.00	Mengajarkan teknik relaksasi dengan	11.00	Menjelaskan kepada klien penyebab dari nyeri timbul dikarenakan patah tulang yang	11.00	Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi rasa nyeri dengan cara nafas dalam

	cara tarik nafas dalam selama 1-2 detik lalu keluaran nafas pelan-pelan.	dialaminya.		melalui hidung tahan 1-2 detik lalu keluarkan nafas pelan-pelan.	
12.00	Menggantri cairan infus RL 20 tpm.	12.00	Melakukan kolaborasi dengan tim medis yaitu injeksi cefotaxime 1 gr, injeksi ceterolac 10 mg, dan injeksi ranitidine 50 mg.	12.00	Menjelaskan kepada klien penyebab dari nyeri yaitu dikarenakan patah tulang yang dialaminya.
13.00	Memberikan klien posisi nyaman an mungkin yaitu posisi <i>semifowler</i> .	13.00	Meningkatkan aktivitas klien dengan cara menggerakkan kakinya agar aliran darah lancar dan tidak terjadi oedema.	13.00	Mengajarkan klien teknik distraksi dengan mengajak berbincang-bincang.

11. Tabel Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan	Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
Klien 1 Nyeri Akut	S : Klien mengatakan	S : Klien mengatakan nyeri pada luka	S : Klien mengatakan

	nyeri pada luka. O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang cateter, tampak menahan sakit saat menggerakkan kakinya, luka berwarna merah. Skala 6 TD : 140/80mmHg N : 94x/menit S : 36,7 ⁰ C RR : 24x/menit A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi nomer (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).	sedikit berkurang. O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang cateter, luka berwarna merah. Nyeri sedikit berkurang. Skala 5 TD : 140/70mmHg N : 92x/menit S : 36,3 ⁰ C RR : 22x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8)	nyeri pada lukaberkurang. O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang cateter, luka berwarna merah. Skala 4 TD : 140/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,5 ⁰ C RR : 22 x/menit Skala 5 A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8)
Klien 2 Nyeri Akut	S : Klien mengatakan nyeri pada luka. O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang cateter, tampak menahan sakit saat menggerakkan kaki. Skala 5 TD : 120/80 mmHg N : 90 x/menit S : 36,2 ⁰ C RR : 22 x/menit	S : Klien mengatakan nyeri pada luka berkurang. O : k/u lemah, GCS 456, Kesadaran composmentis, terpasang cateter, tampak menahan Nyeri berkurang. Skala 5 TD : 130/80 mmHg N : 92 x/menit S : 36 ⁰ C RR : 22 x/menit A : Masalah teratasi	S : Klien mengatakan nyeri pada luka berkurang. O : k/u lemah, GCS 456. Kesadaran composmentis, terpasang cateter, Skala 4 TD : 120/80 mmHg N : 92x/menit S : 36,3 ⁰ C RR : 22 x/menit A : Masalah teratasi

A : Masalah teratasi sebagian.	sebagian.	sebagian.
P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8).	P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8).	P : Lanjutkan intervensi nomer (2,3,4,5,6,7,8).

4.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan perbandingan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus untuk menjawab tujuan pada penelitian. Perbedaan perbandingan dijelaskan dengan konsep pembahasan mengapa dan bagaimana dengan urutan penulisan berdasarkan F-T-O (Fakta-Teori-Opini) kemudian isi pembahasan disesuaikan dengan tujuan kasus yaitu :

4.2.1 Pengkajian

1. Subyektif

Data subyektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara 2 klien didapatkan keluhan yang sama yang dialami klien 1 dan 2 yaitu nyeri pada luka fraktur femur sebelah kanan.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini penulis semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan dampak dari luka, sehingga peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Nyeri merupakan perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, dan lingkungan (SDKI, hal 166).

Berdasarkan pengkajian peneliti pada studi kasus ini didapatkan bahwa pada klien 1 dan 2 mengatakan nyeri pada luka fraktur femur.

2. Objektif

Data Objektif pada observasi tanda-tanda vital didapatkan bahwa Tn.S luka tidak mengalami pembengkakan dan mengalami nyeri dengan skala nyeri 6 dan pada Tn.W didapatkan luka tidak mengalami pembengkakan dan nyeri dengan skala nyeri 5. Hasil observasi dari kedua klien yang mengalami fraktur femur dengan masalah nyeri.

Pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn.S didapatkan TD : 140/70 mmHg, N: 94x/menit, RR : 24x/menit, S : 36 C, sedangkan pada Tn. W

didapatkan hasil TD : 120/80mmHg, N : 92x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,2 C.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kedua klien dari hasil pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami adalah nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik.

Nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisisk maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak yang di ikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional (Hidayat Aziz, 2016, hal 124)

Menurut peneliti pada studi kasus ini ditemukan bahwa klien 1 dan klien 2 mengalami rasa nyeri dikarenakan fraktur femurnya, sehingga klien 1 dan klien 2 mengalami nyeri.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 adalah pemberian rasa nyaman. Kriteria hasil pada klien 1 dan klien 2 meliputi mampu mengontrol rasa nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, dan randa-tanda vital dalam rentang normal.

Menurut teori Styohadi, Sally & Putu (2016) munculnya masalah yang sangat bervariasi, peran perawat sangat dibutuhkan guna membantu penyelesaian masalah yang dihadapi klien seperti contohnya penyuluhan kepada masyarakat tentang tindakan yang dilakukan untuk menurunkan nyeri dan cara atau teknik menurunkan nyeri.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini ditemukan bahwa pada intervensi monitor nyeri terdapat perbedaan antara klien 1 dan klien 2, yang meliputi : mengontrol rasa nyeri, memonitor luka (luka berwarna merah, tidak ada pembengkakan pada klien 1 dengan skala nyeri 6 dan klien 2 dengan skala nyeri 5) dan tanda tanda vital dalam rentang normal.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 telah sesuai dengan yang ada di intervensi keperawatan antara klien 1 dan klien 2 tidak terlalu memiliki perbedaan yang signifikan.

Menurut teori Nursalam (2016) implementasi merupakan melaksanakan dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan atau hasil yang ditentukan. Kegiatan dalam implementasi merupakan tindakan langsung kepada klien dan mengobservasi respon klien setelah dilakukan tindakan tersebut.

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

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kedua klien dilakukan selama tiga hari berturut-turut dan data yang didapatkan pada hari pertama pada klien 1 didapatkan GCS 4-5-6 dengan kesadaran composmentis, luka nampak baik, luka pada kaki kanan bagian paha, TD:140/70 mmHg, N:94 x/menit, RR:24 x/menit, S:36,7⁰C dengan skala nyeri 6 dan pada hari ke 2 dan 3 nyeri berkurang dengan skala nyeri 5. Pada klien 2 didapatkan hasil GCS 4-5-6, kesadaran composmentis, luka nampak baik tidak tampak ada edema atau bengkak, klien nampak kesakitan saat kaki kanannya digerakkan dan didapatkan hasil TD: 120/80 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 22 x/menit, S : 36,2⁰C dengan skala nyeri 5 dan pada hari ke 2 dan 3 nyeri berkurang dengan skala nyeri 4.

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

Menurut peneliti pada penelitian ini evaluasi pada klien 1 dan klien 2 bisa terjadi perubahan yang dipengaruhi oleh kondisi klien, selain itu perubahan kondisi pada klien juga karena intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien. Pemulihan nyeri pada klien 1 dan 2 akan cepat membaik apabila klien melakukan teknik relaksasi.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami fraktur femur dengan masalah nyeri di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan pada laporan studi kasus sebagai berikut :

Berdasarkan data yang diperoleh pada saat penelitian adalah sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada kedua klien fraktur femur didapatkan bahwa klien mengatakan nyeri pada luka.
2. Diagnosa keperawatan pada kedua klien fraktur femur adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
3. Intervensi keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri dilakukan adalah memonitor tanda-tanda vital, memonitor kenyamanan klien, melakukan terapi farmakologi dan nonfarmakologi, dan memonitor luka.
4. Implementasi pada klien fraktur femur dengan masalah keperawatan nyeri telah dilakukan sesuai tindakan yang telah direncanakan dan dilakukan secara menyeluruh.
5. Evaluasi pada kedua klien fraktur femur dengan masalah didapatkan bahwa kedua klien belum pulih sepenuhnya dari nyeri yang ditandai dengan saat klien bergerak masih menampakkan ekspresi rasa nyeri, dengan skala nyeri pada klien 1 yaitu skala 5 dan pada klien 2 yaitu skala 4.

5.2 Saran

1. Bagi klien dan keluarga
Meningkatkan pengetahuan tentang tindakan untuk mengatasi nyeri dengan cara memberikan *Health Educatiaon* (HE) pada klien dan juga keluarganya sehingga dapat meminimalisir terjadinya fraktur femur.

2. Bagi perawat

Penelitian ini bisa menjadi motivasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan peningkatan pelayanan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri dengan cara pemberian penyuluhan kepada klien dan di harapkan keluarga klien dapat menerapkan.



DAFTAR PUSTAKA

- Amin dan Hardi. 2015. Aplikasi Nanda Nic-Noc Jilid 3. Yogyakarta:MediAction
- Apleys, G. A & Solomon Louis, 2018. *System of Orthopaedic and Trauma. 10th edition*, New York: Taylor & Francis Group, CRC Press.
- Astanti, feni yuni. 2017. *Pengaruh Rom Terhadap Perubahan Nyeri Pada Pasien Ekstermitas Atas*.
- Apriansyah, Akbar., Romandoni, Siti dan Andriannovita. D. 2015. Hubungan Antara tingkat Kecemasan Pre Operasi Dengan Derajat Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RS Muhammadiyah Palembang. *Jurnal keperawatan Sriwijaya*, Volume 2 No.1 Januari 2015 ISSN No. 23555459
- Brunner, Suddarth. 2015. *Buku Ajar keperawatan medikal bedah, edisi 8 vol.3. EGC*. Jakarta.
- Desiartama, A., & Aryana, I. W. 2017. Gambaran Karakteristik Pasien Fraktur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Orang Dewasa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2013. *E-Jurnal Medika Udayana*, 6(5).
- Djamal, R., Rompas, S., & Bawotong, J. 2015. Pengaruh Terapi Musik Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur di Irina A RSUP Prof. Dr. Apleys, G. A & Solomon Louis, 2018. *System of Orthopaedic and Trauma. 10th edition*, New York: Taylor & Francis Group, CRC Press. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3(2)
- http://wongbakerfaces.org/wp_content/uploads/2016/05/FACES_English_Blue_w_instructions.pdf(diakses pada 1 maret 2019)
- Kenneth A. Egol, Kenneth J. Koval, Joseph D. Zuckerman. 2015. *Handbook of Fractures 5th Edition*. New York. Wolters Kluwer
- Kusumayanti. P. D. 2015. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap lamanya perawatan pada pasien pasca operasi laparatomi.

- Lestari, Y. E. (2017). Pengaruh Rom Exercise Dini Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstermitas Bawah Fraktur Femur Dan Fraktur Cruris Terhadap Lama Hari Rawat Di Ruang Bedah RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 34-40
- Mediarti, Devi, Rosnani Rosnani. And Sosya Mona Seprianti. 2015. "Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri pada Pasien Fraktur Ekstermitas Tertutup di IGD RSMH.
- Muttaqin.A. 2015. Asuhan Keperawatan Gangguan Integumen. Jakarta: Selemba Medika Palembang Tahun 2012." *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* 2.3 : 253-260.
- NANDA.(2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (11th ed). Jakarta: EGC.
- Noorisa, R., Apriliwati, D., Aziz, A., & Bayusentono S. 2017. *The Characteristic Of Patients With Femoral Fracture In Department Of Orthopaedic And Traumatology RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2013-2016*. *Journal of Orthopedi & Traumatology Surabaya*. 6(1): ISSN 2460-8742
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2016. *Asuhan Keperawatan Purwanto, H. 2016. Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan. watan Praktis*. Yogyakarta: Mediaction Jogja.
- Nyeri. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/0a3e5b2c1e3b90b485f882c78755367.pdf(diakses pada 1 Maret 2019)
- Permana, O., Nurchayati S., & Herlina. 2015. *Pengaruh Range Of Motion (ROM) Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi*. *JOM*, 2(2).
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf- Diakses Agustus 2018.

Septiani Lisa. 2015. Naskah Publikasi: *Analisa Faktor-faktor yang mempengaruhi Nyeri pada Klien Fraktur di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.*

Sjamsuhidayat & Jong. 2015 .*Buku Ajar Ilmu Bedah.Edisi 3.*Jakarta:EGC

Sulistyaningsih. 2016. Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca *open reduction internal fixation (orif)* ekstermitas bawah di poli ortopedi rs ortopedi prof. dr. r. soeharso surakarta.



JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH PROGRAM

STUDI DIII KEPERAWATAN TH. 2020

No.	Jadwal Kegiatan	Bulan																											
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pengumuman Pembimbing	■																											
2	Bimbingan Proposal dan Konfirmasi Judul ke Pembimbing		■																										
3	Bimbingan Proposal dan Studi Pendahuluan		■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
4	Seminar Proposal											■																	
5	Revisi Seminar Proposal												■																

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan studi kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian. Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan studi kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data atau informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat itu dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian surat permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, Februari 2020

Peneliti



Agustina Eka Pratiwi

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sunar

Umur : 40 tahun

Alamat : Bangil

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat itu dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya mengatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, Februari 2020

Peneliti,



AGUSTINA EKA

Partisipan,



..Sunar.....

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Warno

Umur : 45 Tahun

Alamat : Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat itu dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun, saya mengatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, Februari 2020

Peneliti



AGUSTINA.EKA

Partisipan,


Warno



**FORMAT PENGKAJIAN STUDI KASUS
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG**

2020

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian tgl . : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

I. IDENTITAS KLIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
Usia : Nama :
Jenis kelamin : Alamat :
Suku : Hub. Keluarga :
Agama : Telepon :
Pendidikan :
Alamat :

II. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

- a. Keluhan Utama:
b. Riwayat Penyakit Sekarang :

III. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

- a. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
b. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
c. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

IV. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Ya :(jelaskan) Tidak

V. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

Makanan Minum
Frekuensix/hr Frekuensix/hr

Jenis :	Jenis :
Diit	Diit
Pantangan	Pantangan
Yang disukai	Yang disukai
Yang tidak di sukai	Yang tidak disukai
Alergi	Alergi

Eliminasi

BAKx/hr
 BABx/hr

Kebersihan diri

Mandix/hr
 Keramasx/hr
 Sikat gigix/hr
 Memotong kukux/hr
 Ganti pakaianx/hr

Istirahat dan aktivitas

Tidur malamjam/hr Jams/d
 Aktifitasjam/hr jenis

Kebiasaan merokok/alkohol.jamu

Psikososial

Sosial/interaksi
 Konsep diri
 Spiritual

VI. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Tanda-tanda vital

S : °C	N : x/mnt
RR : x/mnt	TD : mmHg

Kesadaran : GCS :

2. Sistem Pernafasan (B1)

a. Hidung :

Pernafasan cuping hidung :

Septum nasi :

b. Bentuk dada :

c. Keluhan :

d. Irama napas :

e. Suara napas :

3. Sistem Kardiovaskuler (B2)

a. Keluhan nyeri dada :

b. Irama jantung :

c. CRT :

d. Konjungtiva pucat :

e. JVP :

4. Sistem Persarafan (B3)

a. Kesadaran :

GCS :

b. Keluhan pusing :

c. Pupil :

d. Nyeri :

5. Sistem Perkemihan (B4)

a. Keluhan : membesar :

b. Alat bantu :

c. Kandung kemih : membesar :

Nyeri tekan :

d. Produksi urine : warna : bau :

e. Intake cairan :

6. Sistem Pencernaan (B5)

a. TB :cm BB :kg

b. Mukosa mulut :

c. Tenggorokan :



- d. Abdomen :
 - Pembesaran hepar :
 - Pembesaran lien :
 - Ascites :
 - Mual :
 - Muntah :
 - Terpasang NGT :
 - Bising usus :
- e. BAB :
- f. Diet : Frekuensi :

7. Sistem Muskuloskeletal (B6)

- a. Kelainan ekstremitas :
- b. Kelainan tulang belakang :
- c. Fraktur :
- d. Traksi/spalk/gips :
- e. Kompartemen sindrom :
- f. Kulit :
- g. Akral :
- h. Turgor :
- i. Luka : jenis : luas :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar Tyroid :
- b. Pembesaran kelenjar getah bening :

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

VIII. TERAPI PENGOBATAN

ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah
DS : DO :		
		

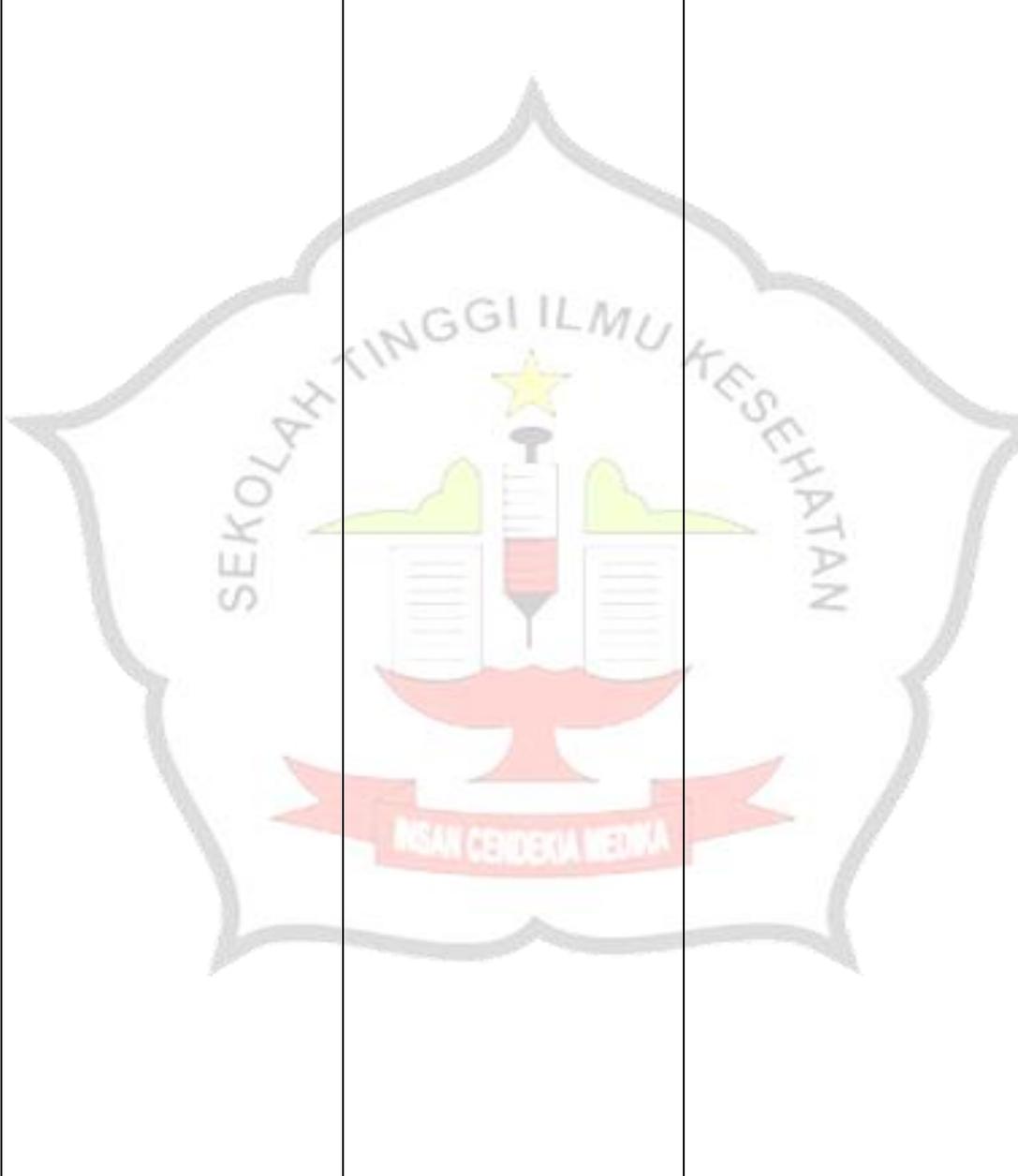
Diagnosa Keperawatan yang muncul

1.
2.
3.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama :

No. RM :

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
 <p style="text-align: center;">SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</p> <p style="text-align: center;">INSAN CENDAKIA MEDKA</p>		

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama :.....

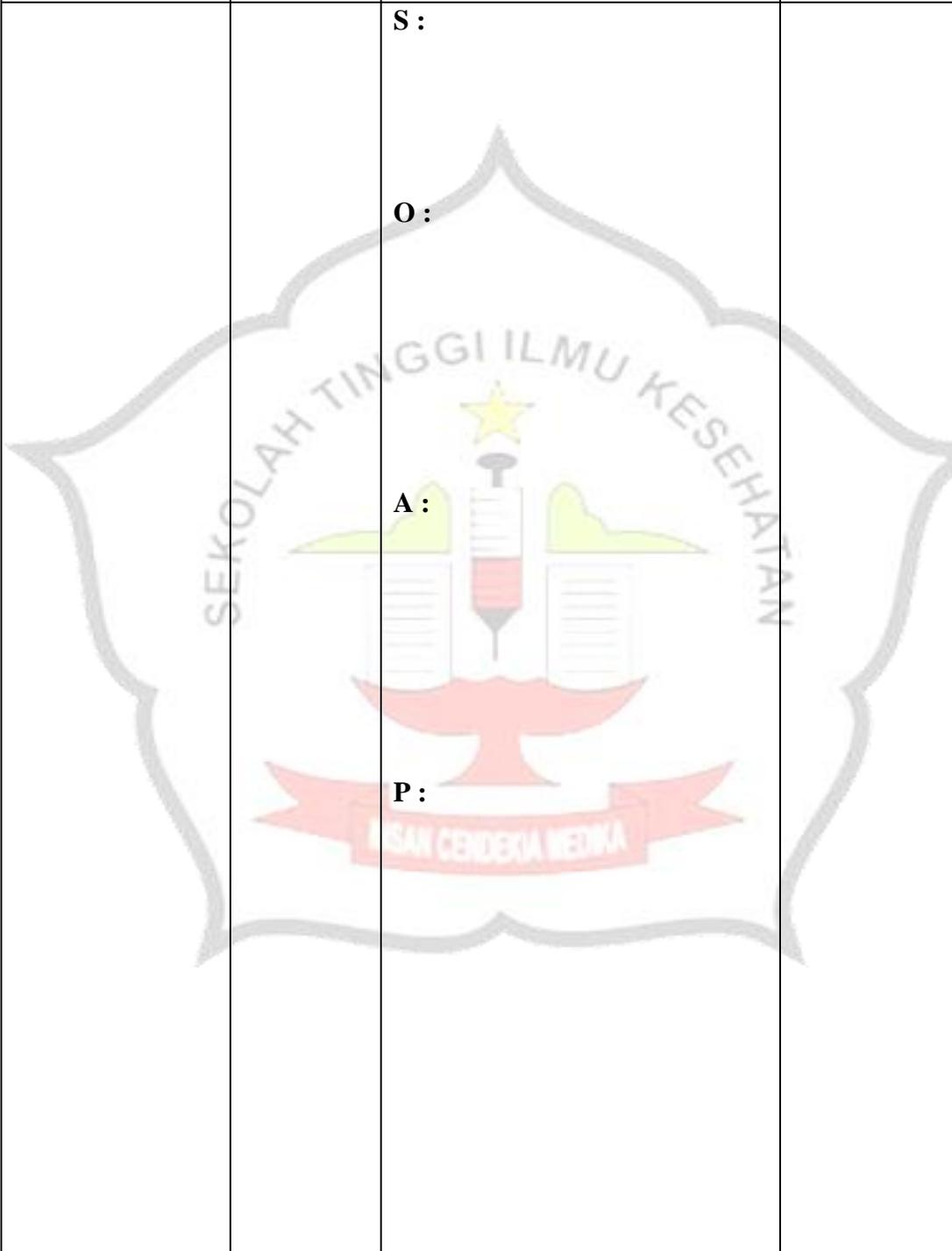
No.RM :.....

Hari/Tanggal	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf
 <p>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</p> <p>INSAN CENDAKIA MEDIKA</p>			

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	Waktu	Perkembangan	Paraf
		<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p> 	

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 018/KTI/BAAK/K31/073127/II/2019
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **D-III Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : AGUSTINA EKA PRATIWI

NIM : 171210002

Judul Penelitian : Asuhan Kesehatan pada Klien Fraktur dengan Masalah Nyeri

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 21 Februari 2020
Ketua

H. Imam Fatoni, SKM., MM
NIK: 03.04.022



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 26 Maret 2020

Nomor : 445.1/771.3/424.072.01/2020 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKES Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jalan Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 018/KTI/BAK/K31/073127/
II/2020 tanggal 21 Februari 2020 perihal Ijin Penelitian atas nama :

Nama : AGUSTINA EKA PRATIWI
NIM : 171210002
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Dengan
Masalah Nyeri

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai
tanggal 27 Maret – 26 April 2020,

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.



DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Plt. Kepala Bidang Penunjang
Drs. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes
Pembina
NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/697.1.10/424.072.01/2020

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR DENGAN NYERI

PENELITI UTAMA : AGUSTINA EKA PRATIWI

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK

PASURUAN, 13 MARET 2020

An. KETUA TIM ETIK PENELITIAN

SHAFAT PRANATA, S.Kep.Ns.

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Agustina Eka Pratiwi
 NIM : 171210002
 Program Studi : D III Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada klien Fraktur femur
 Pembimbing I : Dwi Prasetyaningati S. Kep. Ms. M. Kep.

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
10 Januari 2020	Konsul Judul.	
20 Januari 2020	Revisi Bab I fokuskan #1 - #4 Gk manfaat.	
23/01/2020.	Revisi Bab I lanjut Bab 2	
30/01/2020	- Revisi Bab I → paragraf 1 dan 3 - Tambah Bab 2. - Gk konsep dasar kep. - lanjut Bab 3	
04/02 2020 .	Paraprasekan bab I Gk Bab 2, Siapkan Bab 3 .	
5/2020 02 .	Gk Bab I - Ditambahi bab 2 . Skala , Pemasangan , WOC . - Bab Gk ulang .	
7/02 2020	- Revisi penatalaksanaan .	

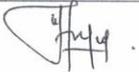
LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri
Pembimbing 1 : Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
1 Mei 2020	Konsul bab 4 dan bab 5 - Revisi	
2 Mei 2020	Revisi pemeriksaan fisik, terapi pengobatan, Analisa Data, Implementasi Intervensi, dan kesimpulan.	
8 Mei 2020	Revisi Analisa data dan lanjut Abstrak.	
14 Mei 2020	ACC bab 4 dan bab 5. - Lanjut Ujian Hasil.	

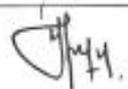
LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Agustina Eka Pratiwi
 NIM : 171210002
 Program Studi : D-III KEPERAWATAN
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada klien fraktur femur
 Pembimbing II : Agustina Maunaturrohmah S.Kep.Ns.M.Kes.

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
29/01/20	-> Revisi penulisan, tanda hid dan spin -> Revisi masyak	
31/01/20	-> Revisi penulisan ke di penulisan B. Army.	
06/01/20	-> Revisi penulisan	 

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Agustina Eka Pratiwi
NIM : 171210002
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Fraktur Femur Dengan Masalah Nyeri
Pembimbing 1 : Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
5 Mei 2020	Konsul penulisan Bab 4 dan Bab 5 - Revisi penulisan.	
11 Mei 2020	Revisi penulisan rata kanan dan kiri	
29 Mei 2020	Revisi penulisan dan lanjut Abstrak	
13 Juni 2020	Revisi Abstrak	
15 Juni 2020	ACC Abstrak, Bab 1 dan Bab 5 Lanjut Ujian Hasil	



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Agustina Eka Pratiwi**
Assignment title: **Revision 3**
Submission title: **Asuhan keperawatan pada klien fra...**
File name: **AGUSTINA_EKA_PRATIWI_DII_KE...**
File size: **523.05K**
Page count: **74**
Word count: **11,023**
Character count: **65,870**
Submission date: **10-Jul-2020 10:20AM (UTC+0700)**
Submission ID: **1355634298**



Asuhan keperawatan pada klien fraktur femur dengan masalah nyeri di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

ORIGINALITY REPORT

22%	23%	0%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	4%
2	www.arsenbos.com Internet Source	2%
3	doktersehat.com Internet Source	2%
4	eprints.umm.ac.id Internet Source	2%
5	id.123dok.com Internet Source	2%
6	jufpinax11.blogspot.com Internet Source	2%
7	omeigiswibersuyoli.blogspot.com Internet Source	1%
8	edoc.pub Internet Source	1%
9	de.scribd.com	

	Internet Source	1%
10	tyranania-akperpempkotpasuruan.blogspot.com Internet Source	1%
11	ellamarthalaudya.blogspot.com Internet Source	1%
12	erepo.unud.ac.id Internet Source	1%
13	fandydegilz.blogspot.com Internet Source	1%
14	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	1%
15	bangsalsehat.blogspot.com Internet Source	1%
16	idoc.pub Internet Source	1%
17	setiakawan29.blogspot.com Internet Source	1%

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography Off



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Agustina Eka Pratiwi**
Assignment title: **(Artikel Agustina E)ASUHAN KEPER..**
Submission title: **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KL..**
File name: **Agustina_Eka_Pratiwi.docx**
File size: **30.39K**
Page count: **8**
Word count: **3,033**
Character count: **18,768**
Submission date: **05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)**
Submission ID: **1366202096**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN BERKUALITAS

Agustina Eka Pratiwi
Turnitin ID: 1366202096

Submission date: 05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366202096

Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KL..

File name: Agustina_Eka_Pratiwi.docx

File size: 30.39K

Page count: 8

Word count: 3,033

Character count: 18,768

Submission date: 05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366202096

Submission author: Agustina Eka Pratiwi

Assignment title: (Artikel Agustina E)ASUHAN KEPER..

Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KL..

File name: Agustina_Eka_Pratiwi.docx

File size: 30.39K

Page count: 8

Word count: 3,033

Character count: 18,768

Submission date: 05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366202096

Submission author: Agustina Eka Pratiwi

Assignment title: (Artikel Agustina E)ASUHAN KEPER..

Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KL..

File name: Agustina_Eka_Pratiwi.docx

File size: 30.39K

Page count: 8

Word count: 3,033

Character count: 18,768

Submission date: 05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366202096

Submission author: Agustina Eka Pratiwi

Assignment title: (Artikel Agustina E)ASUHAN KEPER..

Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KL..

File name: Agustina_Eka_Pratiwi.docx

File size: 30.39K

Page count: 8

Word count: 3,033

Character count: 18,768

Submission date: 05-Aug-2020 08:42PM (UTC+0700)

Submission ID: 1366202096

Submission author: Agustina Eka Pratiwi

Assignment title: (Artikel Agustina E)ASUHAN KEPER..

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN FRAKTUR FEMUR DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT

ORIGINALITY REPORT

25%	23%	5%	16%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	3%
2	www.scribd.com Internet Source	2%
3	Submitted to Universitas Jember Student Paper	2%
4	repository.stikespantiwaluya.ac.id Internet Source	2%
5	id.123dok.com Internet Source	2%
6	repository.unair.ac.id Internet Source	1%
7	Submitted to Universitas Airlangga Student Paper	1%
8	jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id Internet Source	1%
9	scholar.unand.ac.id	

	Internet Source	1%
10	eprints.ums.ac.id Internet Source	1%
11	digilib.stikeskusumahusada.ac.id Internet Source	1%
12	Submitted to Sultan Agung Islamic University Student Paper	1%
13	id.scribd.com Internet Source	1%
14	docobook.com Internet Source	1%
15	www.neliti.com Internet Source	1%
16	ejournalmalahayati.ac.id Internet Source	1%
17	alam414m.blogspot.com Internet Source	1%
18	Submitted to Poltekkes Kemenkes Riau Student Paper	1%
19	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1%
20	www.slideshare.net Internet Source	<1%

21	Submitted to KYUNG HEE UNIVERSITY Student Paper	<1%
22	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	<1%
23	es.scribd.com Internet Source	<1%
24	docplayer.info Internet Source	<1%
25	pt.scribd.com Internet Source	<1%
26	jurnalmahasiswa.unesa.ac.id Internet Source	<1%
27	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%
28	conference.raharja.ac.id Internet Source	<1%
29	journal.stikespemkabjombang.ac.id Internet Source	<1%
30	Submitted to Universitas Islam Syekh-Yusuf Tangerang Student Paper	<1%

